

Sisällysluettelo

ESIPUHE	3
SOSIAALITURVAN SUUNTA 1999-2000 ASiantuntijat.....	5
TIIVISTELMÄ.....	7
1. SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS	13
1.1. Sosiaalimenojen kehitys	13
<i>Etuuksien saajamäärät laskussa.....</i>	<i>14</i>
<i>Väestön ikääntyminen muuttaa menojen rakennetta</i>	<i>15</i>
1.2. Sosiaalimenojen rahoitus	16
1.3. Vuoden 2000 talousarvioesitys ja sosiaalipolitiikka.....	18
1.4. Julkinen talous	19
2. SOSIAALIMENOT KOHDERYHMITÄIN.....	22
2.1. Sairaus ja terveys.....	22
<i>Terveyspalvelujen kustannuksissa ja hoitokäytännöissä suuria eroja.....</i>	<i>22</i>
<i>Sairaanhoitokorvausten menot kasvavat</i>	<i>23</i>
<i>Lääkekustannuksia onnistuttu hillitsemään</i>	<i>23</i>
<i>Sairauspäivärahamenot kasvussa - tarveharkintaista saavien määrä kääntynyt laskuun</i>	<i>23</i>
<i>Terveyspalvelujen rahoitus edelleen pääosin julkisin varoin</i>	<i>24</i>
<i>Asiakasmaksut korkeat - maksukatto tulossa.....</i>	<i>24</i>
<i>Väestön terveydentila kehittynyt pääosin myönteisesti.....</i>	<i>25</i>
<i>Ylipainosta suuria kustannuksia.....</i>	<i>26</i>
<i>Nuoret entistä myönteisempiä päihteiden käytölle</i>	<i>26</i>
<i>Väestöryhmien välisten terveyserot kasvaneet</i>	<i>26</i>
<i>Terveyttä Kaikille 21 -ohjelma</i>	<i>27</i>
<i>Terveyskysymykset entistä enemmän esillä EU:ssa</i>	<i>27</i>
2.2. Toimintarajoitteisuus	28
<i>Toimintarajoitteisuuden aiheuttamissa menoissa ei suuria muutoksia</i>	<i>28</i>
<i>Vajaakuntoisten ja vammaisten työllisyysaste matala.....</i>	<i>28</i>
<i>Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke työelämästä poistumisen reitteinä</i>	<i>29</i>
<i>Työkyvyttömyyseläkkeen syyt.....</i>	<i>31</i>
<i>Toimenpiteitä työkyvyn parantamiseksi ja eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi</i>	<i>33</i>
<i>Uudistuksia vammaisten ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen tukemiseksi</i>	<i>34</i>
<i>Vammaisten palvelut</i>	<i>36</i>
<i>Vammaisten lasten perheiden aseman parantaminen</i>	<i>38</i>
<i>Verotuki suoraksi tueksi ja palveluiksi</i>	<i>38</i>
2.3. Vanhuus.....	40
<i>Väestön ikääntyminen lisää vanhuusmenoja.....</i>	<i>40</i>
<i>Yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn kehitys.....</i>	<i>40</i>
<i>Esteetön elinympäristö tukee itsenäistä selviytymistä</i>	<i>41</i>
<i>Avopalveluja tarvitaan lisää.....</i>	<i>42</i>
<i>Laitoshoidon laatu.....</i>	<i>46</i>
<i>Painopisteiksi ehkäisevä ja kuntouttava toiminta sekä laatu</i>	<i>46</i>
<i>Vanhusten palvelujen rahoitus</i>	<i>47</i>
2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva	49
2.5. Perheet ja lapset.....	50
<i>Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille</i>	<i>50</i>
<i>Pienten lasten hoitojärjestelyt</i>	<i>52</i>
<i>Päivähoidon tarve vähenee</i>	<i>54</i>
<i>Päivähoidon maksuihin muutoksia.....</i>	<i>54</i>
<i>Varhaiskasvatustyöryhmä ehdottaa uudistuksia lasten päivähoitoon.....</i>	<i>55</i>
<i>Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia</i>	<i>55</i>
<i>Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut</i>	<i>55</i>
<i>6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001.....</i>	<i>56</i>
<i>Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä voimaan</i>	<i>57</i>
<i>Isätoimikunta ehdottaa tukea vanhemmuuteen ja aikaa perheelle.....</i>	<i>57</i>

<i>Lapsiperheiden sosiaaliset ongelmat kytkeytyvät työttömyyteen</i>	<i>58</i>
2.6 Työttömyys.....	60
<i>Työttömyydessä rakenteellisia ongelmia</i>	<i>62</i>
<i>Työttömyyseläke varhaisen eläkkeelle siirtymisen reittinä.....</i>	<i>66</i>
<i>Työmarkkinoiden toimivuutta lisääviä toimenpiteitä tarvitaan.....</i>	<i>68</i>
2.7. Asuminen ja toimeentulotuki.....	71
<i>2.7.1. Asumisen tukeminen</i>	<i>71</i>
<i>Asumisen kokonaistuki vähentynyt</i>	<i>71</i>
<i>Asumismenot nousseet.....</i>	<i>73</i>
<i>2.7.2. Toimeentulotuki.....</i>	<i>75</i>
<i>Toimeentulotuen saajat vähentymässä</i>	<i>75</i>
<i>Toimeentulotukilain uudistuksen seuranta</i>	<i>75</i>
3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT	77
<i>3.1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen.....</i>	<i>77</i>
<i>Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon investointijärjestelmä uudistetaan</i>	<i>78</i>
<i>3.2. Yksityinen sektori ja järjestöt merkittäviä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia</i>	<i>79</i>
<i>3.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ikääntyy</i>	<i>80</i>
4. TULONJAKO.....	81
<i>Tuloerojen kasvu jatkuu</i>	<i>81</i>
<i>Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri.....</i>	<i>82</i>
<i>Tulokehitys eri ikäryhmissä ja kotitaloustyypeissä.....</i>	<i>83</i>
<i>Tuloerot kasvussa myös muualla</i>	<i>86</i>
<i>Nuorten köyhyysaste kasvanut.....</i>	<i>87</i>
LIITTEET	90

ESIPUHE

Sosiaaliturvan suunta on sosiaali- ja terveysministeriön vuosittain julkaisema raportti. Raportin tavoitteena on kuvata ja analysoida suomalaista sosiaaliturvaa toteutuneen kehityksen ja tehtyjen päätösten valossa.

Suomen talouden lähtökohdat näyttävät hyviltä vuodelle 2000. Vaikka kuntien talous on kokonaisuutena tarkastellen vähintään kohtuullinen, ovat kuntakohtaiset kehityserot kuitenkin huomattavia. Tämä tosiasia on otettava huomioon palvelujärjestelmää kehitettäessä.

Viime vuosien hyvä taloudellinen kehitys näkyy etuuksien saajamäärissä. Toimeentulotuen ja elatustuen saajien määrät kääntyivät laskuun vuonna 1998. Työttömyyden alentuessa nopeasti sen alueelliset ja rakenteelliset piirteet korostuvat. Nuorisotyöttömyys on suhteellisen korkea. Ikääntyvien työntekijöiden on vaikea työllistyä, ja paine työttömyyseläkkeelle siirtymiseen pysyy suurena, ellei ikääntyneiden työssäpysymistä voida lisätä.

Rakenteelliset ongelmat työmarkkinoilla ovat ilmeisiä. Koska teknologinen kehitys ja kansainvälinen kilpailu suosivat koulutusta ja ammattitaitoa, joutuvat heikon koulutuksen ja työkokemuksen omaavat muita todennäköisemmin työttömiksi. Taloudellisen laman seurauksena viimesijaisen tuen varaan on jäämässä pysyvästi huomattava määrä eri tavoin syrjäytyneitä ja moniongelmaisia, joiden toimeentulo on tilapäiseksi tarkoitettujen etuuksien varassa. Näiden ryhmien aseman parantaminen edellyttää nykyistä aktiivisempaa työllisyys- ja sosiaalipolitiikkaa.

Sosiaalipolitiikan keskeisenä tavoitteena tulee lähivuosina olla pitkäaikaistyöttömyyden katkaiseminen ja ikääntyneitten ja nuorten työllisyysasteen kohottaminen.

Valtioneuvosto on määrittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimenpideohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimenpidesuositukset seuraavalle nelivuotiskaudelle. Ohjelmassa on painotettu ongelmien varhaista estämistä. Johtavana periaatteena on hallinnonalojen ylittävän yhteistyön vahvistaminen sekä alueellisen yhteistyön lisääminen.

Sosiaaliturvan suunta -julkaisusta vastaa pääasiassa sosiaali- terveysministeriön talous- ja suunnitteluosasto. Julkaisun tekemiseen osallistuneet asiantuntijat on lueteltu seuraavalla sivulla.

Helsinki, joulukuu 1999

Kari Välimäki
Ylijohtaja, osastopäällikkö

SOSIAALITURVAN SUUNTA 1999-2000 ASiantuntijat

Finanssisihteeri Tiina Heino
Finanssisihteeri Annakaisa Iivari
Neuvotteleva virkamies Raimo Jämsén
Erikoistutkija Ilari Keso
Neuvotteleva virkamies Arto Koho
Finanssisihteeri Lars Kolttola
Finanssisihteeri Arto Mynttinen
Finanssisihteeri Heikki Palm
Neuvotteleva virkamies Marja-Liisa Parjanne
Ylitarkastaja Anne Raassina
Finanssisihteeri Arto Salmela
Erikoistutkija Pekka Sirén
Erikoistutkija Riitta Sääntti
Ylitarkastaja Aune Turpeinen
Neuvotteleva virkamies Kari Vinni

Raportin laatimista johti apulaisosastopäällikkö *Rolf Myhrman*. Toimitustyöstä vastasi erikoistutkija *Ilari Keso*. Laskentasihteeri *Aila Malenius* viimeisteli kuviot. Julkaisun ulkoasun suunnitteli ja toteutti julkaisusihteeri *Heli Ulmanen*.

TIIVISTELMÄ

Sosiaaliturvan suunta 1999-2000. Helsinki 1999. 100 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 1999:27) ISBN 952-00-0739-3

Vuosina 1994-1998 bruttokansatuote kasvoi keskimäärin 5 prosenttia, ja tänä vuonna kasvun arvioidaan olevan vajaat 4 prosenttia. Samalla työllisyys on kohentunut huomattavasti. Työllisyysaste on kuitenkin edelleen lähes kymmenen prosenttiyksikköä alempi kuin vuosikymmenen alussa. Alhainen työllisyysaste heikentää elatussuhdetta. Elatussuhde eli ei-työllisten määrä suhteessa työllisiin on selvästi korkeampi kuin 1980-luvulla.

Elatussuhteen heikkeneminen on kohdistanut suuria paineita toimeentuloturvajärjestelmään. Tästä huolimatta sosiaalimenojen kansantuoteosuuden arvioidaan olevan vuonna 1999 samalla tasolla kuin ennen taloudellista lamaa ja alittavan EU-maiden keskiarvon. Sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuuden viime vuosien nopean pientymisen syinä ovat tuotannon ripeä kasvu, työllisyyden kohentuminen sekä sosiaalimenojen leikkaukset.

Ikääntyvä väestö - haaste työllisyystavoitteelle

Hallitus on asettanut talouspolitiikan pää tavoitteeksi työllisyyden parantamisen. Hallitus tähtää siihen, että työssäolevien osuus työikäisestä väestöstä kohoaisi 70 prosenttiin. Väestön ikääntyminen vaikeuttaa työllisyystavoitteen saavuttamista, mikäli vanhuuseläkeikää lähestyvien ikäluokkien työllisyyttä ei onnistuta kohottamaan. Näiden ikäluokkien työllisyysaste on ollut alhainen ja tulevaisuudessa ikäluokkien koko kasvaa entisestään, kun suuret ikäluokat lähestyvät eläkeikää. Työelämästä poistumisikä pyritään saamaan mahdollisimman lähelle lakisääteistä vanhuuseläkeikää eli 65 vuotta.

Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen ja työeläkelaitosten edustajat ovat sopineet yksityisalojen eläkkeitä koskevista järjestelyistä toimitusjohtaja Kari Puron johtamassa työryhmässä. Hallitus antoi työryhmän ehdotuksiin pohjautuvan esityksen eduskunnalle lokakuussa 1999. Työttömyyseläkkeen houkuttelevuutta vähentävien muutosten lisäksi hallitus esittää, että yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja nostetaan 58 vuodesta 60 vuoteen. Työeläkelaitosten on tehtävä 58- ja 59-vuotiaalle työkyvyttömyyseläkkeen hakijalle kuntoutusselvitys. Osa-ajaeläkkeen alaikäraja esitetään pidettäväksi 56 vuodessa ainakin vuoden 2002 loppuun. Toimella pyritään edistämään ihmisten jaksamista työskennellä aina eläkeikään asti.

Aiemmin toteutetut työttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden ikärajojen korotukset ovat myöhentäneet eläkkeelle siirtymistä. Toisaalta työttömän mahdollisuus siirtyä 60 vuoden iässä työttömyyseläkkeelle muodostaa merkittävän eläkkeelle siirtymisen väylän. Varhaiseläkejärjestelmien kehittämistä on syytä jatkaa edelleen. Kun varhaiseläkkeelle siirtymisen väyliä padotaan, on samanaikaisesti tuettava ikääntyvien työssäpysymistä. Jos näin ei tapahdu, paine purkautuu työttömyytenä tai työkyvyttömyyseläkkeiden kääntymisenä uuteen kasvuun.

Vuonna 1997 käynnistetyn Kansallisen ikäohjelman (1997-2002) tavoitteena on virittää työelämä, sosiaalivakuutus ja erilaiset palvelut ikääntyvien työntekijöiden työllisyyttä edistäviksi ja työssä jatkamista tukeviksi. Ikääntyvien työllisyyden, työkyvyn ja työssäjaksamisen edistäminen on tärkeä osa sosiaaliturvan kestävästä rahoituksen turvaamisesta.

Pitkäaikaistyöttömyys kärjistyvä ongelma

Vuodesta 1994 alkaen työttömyysaste on alentunut kansainvälisesti verrattuna poikkeuksellisen nopeasti. Vuonna 1999 keskimääräisen työttömyysasteen ennakoidaan laskevan hieman yli 10 prosenttiin, mikä vastaa EU-maiden keskitasoa. Työttömyyden alenemisen arvioidaan jatkuvan nopeana vuonna 2000.

Työttömyys on viime vuosina polarisoitunut. Työttömiksi äskettäin tulleet työllistyvät yleensä nopeasti, mutta vaikeasti työllistyvien työmarkkina-asema heikkenee samalla entisestään. Työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto aika on noin vuosi. Pitkäaikaistyöttömyyden myötä huomattava määrä työikäistä väestöä on vaarassa syrjäytyä tai on jo syrjäytynyt työmarkkinoilta. Pitkään jatkunut työttömyys vahvistaa riippuvaisuutta tukijärjestelmistä ja lisää riskiä sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien syntymiseen ja kasautumiseen.

Rakenteellinen työttömyys on tällä hetkellä suurempi kuin 1990-luvun alussa. Rakenteellisen työttömyyden laajuudesta ja syvyydestä saa käsityksen tarkastelemalla, minkälaisista ryhmistä työttömyys koostuu. Vaikeasti työllistyvien joukon muodostavat pääasiassa pitkään työmarkkinatukea saaneet ja niin sanotussa eläkeputkessa olevat työttömät. Vuonna 1999 vaikeasti työllistytviä työttömiä arvioidaan olevan noin 170 000 - 180 000, mikä vastaa lähes seitsemää prosenttia työvoimasta.

Vajaakuntoisten ja vammaisten työllistymistä edistetään

Korkea työttömyys on toistaiseksi rajoittanut vajaakuntoisten ja vammaisten työllistymistä. Vajaakuntoisten työttömien työnhakijoiden määrä on kasvussa väestön ikääntymisen takia. Eläkkeellä olevien vammaisten osuus on suuri. Ansiotyö on pääasiallinen toimeentulonlähde vain pie-

nelle osalle vammaisista henkilöistä. Vammaisten kohonnut koulutustaso parantaa heidän edellytyksiään työelämään, kunhan tarvittavat apuvälineet ja avustajapalvelut turvataan.

Vammaisten henkilöiden koulutuksen ja työhön pääsyn edistäminen sisältyy Euroopan unionin työllisyysuuntaviivoihin. Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelman yhtenä osana vammaisten sosiaaliturvaa kehitetään koulutusta ja työssäkäyntiä kannustavaan suuntaan. Kuntoutusrahalakia ja kansaneläkelakia muutettiin 1.8.1999 alkaen niin, että kaikille vammaisille 16- ja 17-vuotiaille nuorille turvataan pääsy ammatilliseen kuntoutukseen ja aiempaa suurempi kuntoutusraha. Muutoksella pyritään ensisijaisesti vaikuttamaan sellaisiin vaikeavammaisiin nuoriin, jotka ovat aiemmin siirtyneet 16-vuotiaana suoraan eläkkeelle ilman tehostettua työkyvyn arviointia ja kuntoutusta. Samanaikaisesti tuli voimaan uudistus, joka antaa pelkkää kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saaville henkilöille mahdollisuuden jättää eläkkeensä lepäämään. Jotta työssäkäynti olisi vammaiselle henkilölle kannattavampaa kuin eläkkeelläolo, eläkkeen lepäämisajalta maksetaan erityisvammaistuen suuruinen vammaistuki.

Hallitusohjelman mukaan vammaispolitiikkaa uudistetaan siten, että verotuksen kautta kanavoitua tukea muutetaan suoraksi tueksi ja palveluiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003

Valtioneuvosto vahvisti lokakuussa 1999 uuden sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman vuosille 2000-2003. Ohjelma sisältää sekä kunnille annettuja suosituksia että hallituksen toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi.

Ohjelmassa on painotettu ongelmien varhaista ehkäisemistä. Johtavana periaatteena on hallinnonalojen ja kuntarajojen ylittävän yhteistyön vahvistaminen. Ohjelmassa korostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys, osaaminen ja jaksaminen.

Vanhuspalveluissa uudistamistarpeita

Vanhusten kotona asumisen yleistyminen haastaa kuntia kehittämään asuin- ja elinympäristöjä sekä palveluja omatoimisuutta tukeviksi. Tavoitetta tukee ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan vahvistaminen sekä avopalvelujen lisääminen ja monipuolistaminen. Myös palvelujen rahoitusjärjestelmää ja maksupolitiikkaa on kehitettävä avohoitoa tukevaksi. Lisäksi on tärkeää, että yhteistyö sosiaalitoimen, asuntotoimen, korjausrakentamisen, kaavoituksen, yhdyskuntasuunnittelun ja liikennesektorin välillä toimii ja että uutta teknologiaa ja apuvälineitä käytetään hyödyksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman yhtenä suosituksena on, että kunnat tarjoavat yli 80-vuotiaille ehkäiseviä kotikäyntejä, joiden yhteydessä arvioidaan toimintakyky, asunto-olot ja palvelutarpeet.

Laitoshoidossa olevien vanhusten määrä on pienentynyt koko 1990-luvun. Vanhukset siirtyvät pitkäaikaisen vanhainkotihoiton ja ympärivuorokautisten asumispalvelujen asiakkaiksi aiempaa huonokuntoisimpina. Tämä lisää henkilöstön tarvetta ja asettaa uudenlaisia vaatimuksia palvelujen laadulle. Vanhusten hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla ei ole tapahtunut yhtä suuria määrällisiä muutoksia kuin vanhainkotihoitossa. Keskeisenä haasteena on turvata vanhusten pitkäaikaisen sairaalahoidon voimavarat ja laatu tilanteessa, jossa osa terveyskeskusten osastoista on muutettu erikoissairaanhoidon potilaiden jatkohoitoa antaviksi osastoiksi, joilla hoidetaan paljon myös muita kuin iäkkäitä pitkäaikaispotilaita.

Maksuton esiopetus toteutuu - päivähoitomaksuihin muutoksia

Hallituksen ohjelmaan sisältyy maksuttoman esiopetuksen toteuttaminen 6-vuotiaiden ikäluokalle. Vuonna 2000 esiopetuksen järjestäminen on kunnille vapaaehtoista. Kuntien velvollisuus esiopetuksen järjestämiseen tulee voimaan elokuun alusta 2001. Esiopetukseen osallistuminen on lapselle vapaaehtoista. Päätöksen tekee huoltaja. Esiopetuksen tavoitteena on parantaa lapsen oppimisedellytyksiä ja edesauttaa lasten joustavaa siirtymistä varhaiskasvatuksesta alkuopetukseen.

Sosiaali- terveysministeriön ja opetusministeriön tekemän selvityksen mukaan 78 prosenttia kuusivuotiaista lapsista osallistui esiopetukseen tammikuussa 1999. Noin 90 prosenttia kunnista ilmoitti voivansa tarjota esiopetusta lähes kaikille halukkaille.

Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat suuresti lasten iän mukaan. Alle kolmevuotiaista lapsista vain 26 prosenttia on hoidossa kodin ulkopuolella. 3 - 6-vuotiaista lapsista kaksi kolmesta on kunnan järjestämässä päivähoidossa. Yksityisen hoidon tuella hoidettavien lasten määrä on lisääntynyt jatkuvasti.

Vuoden 2000 alusta lasten päivähoitomaksuissa tapahtuu muutoksia. Esityksessä enimmäismäärää korotetaan 1 000 markasta 1 100 markkaan kuukaudessa ja päivähoitomaksu kerätään 12 kuukaudelta, jos lapsi käyttää päivähoitopalveluita koko vuoden.

Lasten ja nuorten ongelmat lisääntymässä

Vaikka suomalaisten lasten ja nuorten terveys on suhteellisen hyvä, ovat erilaiset psykosomaattiset oireet kuten jännittyneisyys, väsymys, syömishäiriöt ja ahdistuneisuus lisääntyneet viime vuosina. Lasten ja nuorten alkoholin ja huumeiden käyttö on

paheneva ongelma. Nuorten tyttöjen tupakointi on yleistynyt. Alle 20-vuotiaille tehtyjen aborttien määrä on kasvussa.

Huostassa olevien lasten määrä on pitkällä aikavälillä vähentynyt, mutta erilaisten avohuollon tukimuotojen piirissä on lapsia aiempaa enemmän. Tätä osoittaa muun muassa se, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kasvanut koko 1990-luvun. Lastensuojelutoimenpiteiden määrä olisi vielä suurempi, elleivät monet kunnat olisi pidättäneet sellaisista lastensuojelutoimenpiteistä, jotka olisivat aiheuttaneet suuria kustannuksia. Uusi lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä astui voimaan 1.3.1999. Järjestelmän tarkoituksena on tasata lastensuojelun suurten kustannusten yksittäiselle kunnalle aiheuttamaa taloudellista rasitetta. Näin lapselle pyritään takaamaan lastensuojelun tarkoituksenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut.

Terveydenhuollon menot palaamassa ennen lamaa vallinneelle tasolle

Terveydenhuollon menot ovat kasvaneet viime vuosina. Erityisesti erikoissairaanhoidon menot ovat lisääntyneet. Terveydenhuollon menot ovat silti pienemmät kuin 1990-luvun alussa. Kuntien väliset erot asukaskohtaisissa terveydenhuoltomenoissa ovat suuria, vaikka erot ovat supistuneet vuoden 1993 jälkeen.

Lääkekustannusten kasvu on hidastunut. Vuonna 1998 tuli voimaan useita lainmuutoksia, jotka hidastivat lääkekustannusten ja korvausmenojen kasvua. Vuonna 1998 kasvua oli vain 2,1 prosenttia, kun lisäys oli vuodesta 1994 lähtien ollut vuosittain kymmenen prosentin luokkaa.

Asiakkaiden osuus terveydenhuollon rahoituksesta on kasvanut. Erityisesti paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien maksurasitus on saattanut nousta kohtuuttoman korkeaksi. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuille on tulossa maksukatto

vuonna 2000. Samalla kunnille annetaan mahdollisuus korottaa joitakin sosiaali- ja terveystalvveluista perittäviä maksuja.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen järjestämiseen etsitään uusia malleja

Kunnat ovat etsineet viime vuosina terveydenhuollon järjestämiseen erilaisia ratkaisuja. Eräät kunnat ostavat terveystalvvelunsa naapurikunnilta. Pääkaupunkiseudun terveydenhuollon toimintaa pyritään tehostamaan järjestämällä alueen erikoissairaanhoidon uudelleen. Vuoden 2000 alusta uusi sairaanhoitopiiri (HUS) korvaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Erilaisten sopimusohjausmallien kehittäminen kiinnostaa kuntia eri puolella Suomea.

Sosiaali- ja terveystalvveljärjestöjen ja yksityisen sektorin osuus sosiaali- ja terveystalvvelujen tuotannosta on merkittävä. Viidesosa tuotannosta tapahtuu julkisen sektorin ulkopuolella. Järjestöt ja yritykset tuottavat erityisesti julkisia talvveluita täydentäviä talvveluita. Voittoa tavoittelemattomat järjestöt tuottavat etenkin sosiaalitilvveluita, yritykset ovat lähinnä terveystalvvelujen tuottajia.

Osa yksityisen sektorin ja järjestöjen toiminnasta perustuu kuntien kanssa tehtäviin ostopalvvelusopimuksiin. Ostopalvvelusopimukset ovat sosiaalihuollossa yleisempiä kuin terveydenhuollossa. Yksityisiltä tuottajilta ostetaan suhteellisesti eniten lasten- ja nuorten laitoshuollon talvveluita. Terveydenhuollossa ostopalvvelusopimukset ovat vähemmän merkittäviä ja koskevat pääasiassa sairaankuljetusta ja erilaisia tutkimus- ja tukipalvveluita. Jotkut kunnat ovat tosin tehneet varsin laajoja terveydenhuollon ostopalvvelusopimuksia yksityisten talvvelutuottajien kanssa.

Asuminen kallistunut - toimeentulotukimenot vähentyneet

Asumiskustannukset ovat viime vuosina kohonneet nopeasti. Erityisen nopeaa on ollut vuokrien ja asuntojen hintojen nousu pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa. Asumismenot ovat kasvaneet nopeammin kuin tulot. Kehitys on alkanut haitata työvoiman saantia kasvukeskuksiin.

Työllisyyden kohentuminen on kääntänyt toimeentulotukimenot laskuun. Pitkäaikais-työttömyyden yleisyys pitää kuitenkin toimeentulotukimenot edelleen suurina. Osaltaan toimeentulotukimenojen vähentymisen johtuu vuonna 1998 toimeentulotukeen tehdyistä heikennyksistä. Asumistuen korottaminen on myös vähentänyt toimeentulotuen tarvetta.

Tuloerojen kasvu jatkuu

Kotitalouksien väliset tuloerot ovat viime vuosina kasvaneet. Tulo-osuuttaan on laajentanut erityisesti suurituloisin kymmenes. Tuloeroja ovat lisänneet omaisuustulojen ripeä kasvu, vielä noususuhdanteen aikana korkealla pysynyt työttömyys sekä toimeentuloturvaetuuksiin tehdyt leikkaukset.

Tulonsiirtojen ja verotuksen tuloeroja taasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälistä alkaen.

Suomessa ja muissa Pohjoismaissa tuloerot ovat edelleen suhteellisen pienet muihin OECD-maihin verrattuna. Useimmissa OECD-maissa tuloerot olivat 1990-luvun puolivälissä suuremmat kuin 1980-luvun puolivälissä. Tuloerojen kasvu näyttää 1990-luvun puolivälin jälkeen jatkuneen esimerkiksi Ruotsissa ja Norjassa. Tuloerojen viimeaikainen kasvu Suomessa ei siis ole mitenkään poikkeuksellinen ilmiö.

Työllisyyden kohentuminen on hieman vähentänyt tulonsiirtojen merkitystä kotitalouksien tulonmuodostuksessa. Työikäisten kotitalouksien riippuvuus tulonsiirroista on kuitenkin edelleen selvästi suurempi kuin ennen lamaa. Lähes täysin tulonsiirtojen varassa elävien työikäisten kotitalouksien osuus näyttää jääneen aikaisempaa suuremmaksi.

Eri ikäluokkien tulokehitys on 1990-luvulla ollut erilainen. Nuorten tulokehitys on ollut muita ikäluokkia heikompi. Aikaisempaa suurempi osa nuorista kotitalouksista alitti suhteellisen köyhyysrajan.

1. SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS

1.1. Sosiaalimenojen kehitys¹

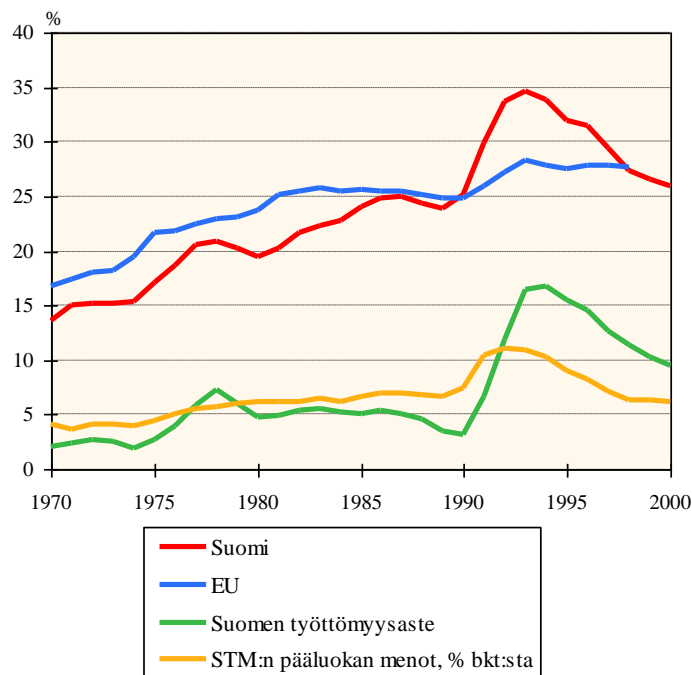
Vuonna 1999 sosiaalimenojen arvioidaan olevan 190,3 miljardia markkaa eli 26,5 prosenttia bruttokansantuotteesta. Reaalisesti sosiaalimenot supistuvat hieman edellisvuodesta. Samalla sosiaalimenojen kansantuoteosuus alittaa selvästi EU-maiden keskiarvon ja palautuu ennen lamaa vallinneelle tasolle.

Sosiaalimenojen kansantuoteosuuden arvioidaan edelleen supistuvan vuonna 2000, jolloin sosiaalimenot kasvaisivat nimelli-

sesti 4,2 miljardia markkaa. Reaalikasvua olisi 1 prosentti. Menojen lisäys johtuu sairauden- ja terveydenhoitomenojen sekä eläkemenojen kasvusta.

Valtion talousarvioesityksessä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan menot pienenevät nimellisesti sekä vuonna 1999 että 2000. Hallinnonalan menot muodostavat vajaan neljänneksen kaikista sosiaalimenoista eli 6 prosenttia bruttokansantuotteesta. (Kuvio 1.)

Kuvio 1. Sosiaalimenot Suomessa ja keskimäärin EU-maissa sekä STM:n pääluokan budjettimenot suhteessa BKT:seen ja työttömyysaste Suomessa vuosina 1970-2000, prosenttia



Sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuuden viime vuosien nopean pienentymisen syinä ovat tuotannon ripeä kasvu ja työttömyyden jyrkkä lasku sekä sosiaalimenojen

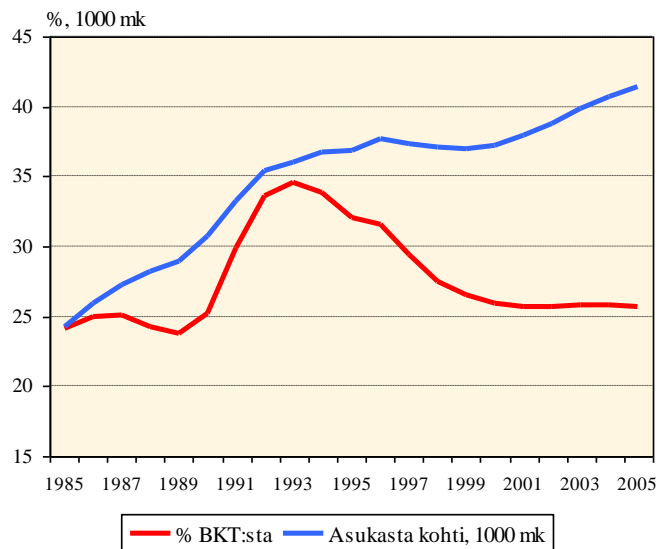
leikkaukset. Vuonna 1998 bruttokansantuote kasvoi reaalisesti 5,6 prosenttia, ja valtiovarainministeriö arvioi kasvun jatkuvan tänä ja ensi vuonna lähes 4 prosenttina.

¹ Sosiaalimenojen tarkastelussa on siirrytty muiden EU-maiden tapaan nettokäsitteeseen eli käyttäjämaksut eivät enää sisälly sosiaalimenoihin. Tämä on otettava huomioon tehtäessä vertailuja aikaisempien vuosien sosiaalimenotilastoihin

Työttömyyden alentumisen ja sosiaalimenojen leikkauksien yhteisvaikutuksena asukasta kohden lasketut sosiaalimenot laskivat reaalisesti 1990-luvun jälkipuoliskolla. Myös maltilliset palkankorotukset ovat hidastaneet ansioon suhteutettujen

etuuksien kehitystä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantokustannusten kasvua. Sosiaalimenot kääntyvät kasvuun vuonna 2000, kun työttömyysmenot supistuvat hitaammin kuin muiden pääryhmien menot kasvavat. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. Sosiaalimenojen kehitys vuosina 1985-1997 sekä ennuste vuoteen 2005
Kiintein vuoden 1999 hinnoin



Etuuksien saajamäärät laskussa

Viime vuosien hyvä talouskehitys näkyy etuuksien saajamäärissä. Työttömyysturvan päivärahojen saajien määrä vähenee edelleen, joskin kehitys on alueellisesti epäyhtenäistä. Toimeentulotuen ja elatustuen saajien määrät kääntyivät laskuun vuonna 1998. Sen sijaan asumistukimenot lisääntyvät, koska vuonna 1998 toteutetun tulorajojen korottamisen vaikutukset näkyvät täysimääräisesti vasta vuonna 1999.

Taloudellisen laman seurauksena viimesijaisen sosiaaliturvan varaan on jäämässä pysyvästi huomattava määrä eri tavoin syrjäytyneitä ja moniongelmaisia, joi-

den toimeentulo on tilapäiseksi tarkoitettujen etuuksien varassa.

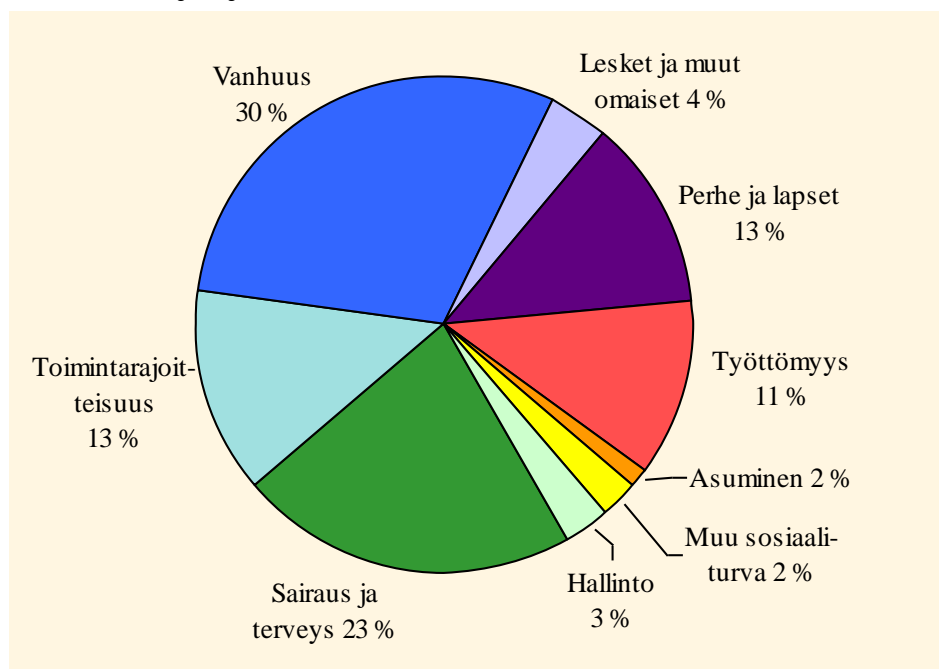
Pitkään jatkunut työttömyys on monen kohdalla muuttunut pysyväksi, mikä on heijastunut työttömyyseläkkeiden runsaana lisääntymisenä. Työttömyyseläkkeisiin esitetty muutokset tuskin yksin riittävät kehityksen pysäyttämiseen. Työttömyyseläkkeen merkitys pääasiallisena työstä eläkkeelle siirtymisen reittinä säilyy, mikä pienentää alkavien työkyvyttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden määriä. Osa-aikaeläkkeen ikärajan alentaminen lisää osa-aikaeläkkeiden saajien määrää merkittävästi vuosina 1999 ja 2000.

Väestön ikääntyminen muuttaa menojen rakennetta

Sosiaalimenojen suurin pääryhmä on vanhuus, jonka osuus kokonaismenoista on 30 prosenttia vuonna 1999. Väestön ikääntyminen kasvattaa edelleen vanhuusmenoja. Vuoteen 2005 mennessä osuuden arvioidaan nousevan jo lähes kolmannekseen kaikista sosiaalimenoista. Toiseksi suurin menokohde on sairaus- ja terveys. Myös tämän pääryhmän meno-osuus on kasvus-

sa. Tämä johtuu väestön ikääntymisen ohella sairauden- ja terveydenhoidon kallistumisesta. Työttömyyden meno-osuus oli suurimmillaan vuonna 1993, jolloin pääryhmän osuus oli lähes 16 prosenttia. Vuonna 1999 työttömyyden osuus sosiaalimenoista supistuu jo vajaaseen 11 prosenttiin. Työttömyyden alentumisen lisäksi tähän on vaikuttanut ansiosidonnaista työttömyysturvaa saavien osuuden pieneneminen. (Kuvio 3.)

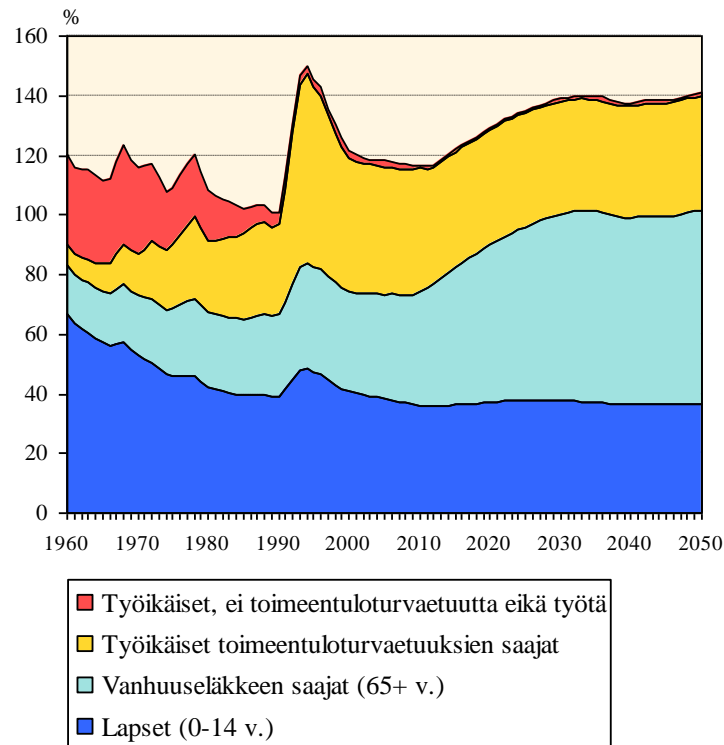
Kuvio 3. Sosiaalimenojen jakautuminen vuonna 1999



Elatussuhde kuvaa sitä, kuinka monen henkilön toimeentulo on riippuvainen yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Suurtyöttömyys heikensi elatussuhdetta merkittävästi 1990-luvun alkupuoliskolla. Toimeentuloturvajärjestelmään kohdistui suuria paineita, sillä lähes jokainen 18 vuotta täyttänyt, joka ei ole ansiotyössä, on oikeutettu johonkin toimeentulon turvaavaan etuuteen. 1990-luvun jälkipuoliskolla elatussuhde on parantunut työllisyyden ko-

hentumisen myötä. Työllisyyden paraneminen sekä lisää verotuloja että vähentää etuusmenoja vahvistaen näin sosiaaliturvan rahoitusperustaa. Hieman pidemmällä aikavälillä väestön ikääntyminen muodostaa uuden haasteen. Vaikka taloudellinen kasvu säilyisi hyvänä, vanhuuseläkkeen saajien määrän voimakas kasvu kääntää elatusuhteen jälleen nousuun vuoden 2010 jälkeen. (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Elatussuhteen kehitys vuosina 1960-1998 sekä projektio vuoteen 2050



1.2. Sosiaalimenojen rahoitus

Sosiaalimenojen rahoitus perustuu työnantajien ja vakuutettujen maksuihin sekä valtion ja kuntien rahoitusosuuksiin. Rahoituksen pitkän aikavälin kehityssuuntana on ollut työnantajien ja vakuutettujen rahoitusosuuksien kasvu. Tämä johtuu pitkälti työnantajien ja työntekijöiden maksuilla rahoitettavien työeläkemenojen kasvusta.

Laman aikana käyttöön otetut palkansaajien työeläke- ja työttömyysvakuutusmaksut ovat muuttaneet pysyvästi työnantajien ja palkansaajien rahoitussuhteita. Lamavuosina sosiaaliturvajärjestelmän rahoitusvaje katettiin viime kädessä valtion velan lisäyksellä, mikä kasvatti valtion osuutta sosiaalimenojen rahoituksesta. (Taulukko 1 ja Liite 1.)

Taulukko 1. Sosiaalimenojen rahoitus vuosina 1997-2000, miljardia markkaa

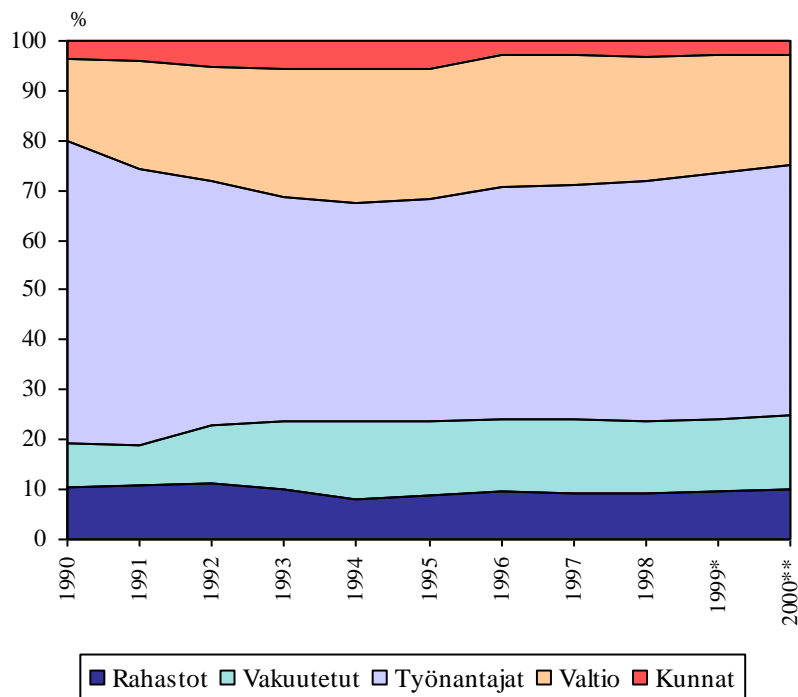
<i>Vuosi</i>	<i>1997</i>	<i>1998*</i>	<i>1999**</i>	<i>2000**</i>
Valtio	57,4	57,5	57,0	58,0
-valtion budjettimenot	40,1	39,7	39,0	38,6
-valtionosuudet kunnille	13,9	13,2	13,0	14,5
-budjetin ulkopuoliset erät	3,4	4,6	5,0	4,9
Kunnat	36,0	37,6	39,4	39,5
Työnantajat	73,7	78,0	82,5	86,5
-vakuutusmaksut	57,1	60,5	64,2	67,7
-veronluonteiset maksut	8,9	9,1	9,6	9,4
-työhön liittymättömät työnantajamaksut	7,7	8,3	8,7	9,3
Vakuutetut	27,9	27,7	27,8	28,2
-vakuutusmaksut	16,0	17,4	18,1	19,1
-veronluonteiset maksut	11,9	10,3	9,7	9,1
Pääomatulot	13,4	13,8	15,1	16,6
Yhteensä	208,4	214,4	221,8	228,8
Asiakasmaksut	8,7	9,1	9,5	9,8

* ennakkotieto

** ennuste

Rahana maksettavien toimeentuloturvaetuuksien ja sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitusrakenteet eroavat toisistaan selvästi. Työnantajat, vakuutetut ja valtio rahoittavat pääosan toimeentuloturvasta. Valtio rahoittaa pääosan tulovähenteisistä toimeentuloturvaetuuksista, kuten asumis-

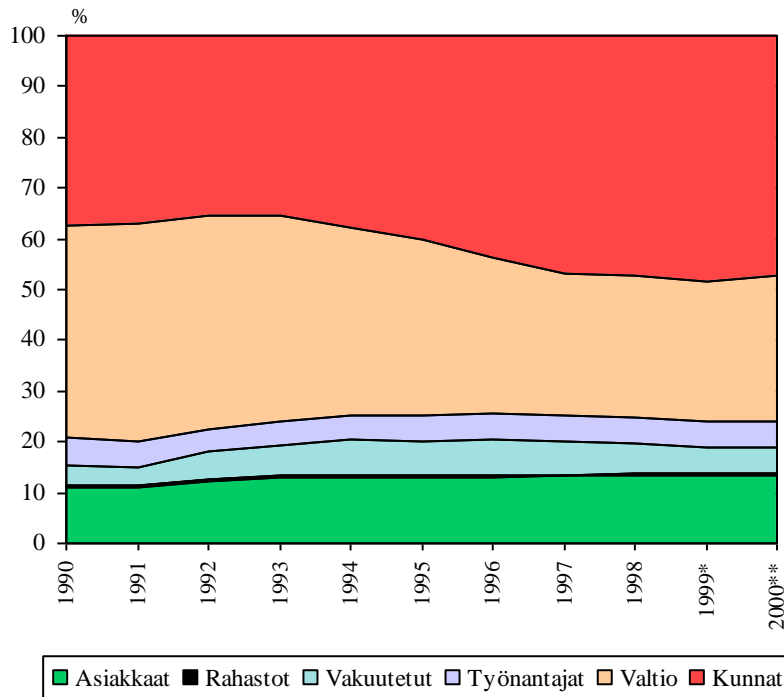
tuesta ja työmarkkinatuesta. Kuntien merkitys toimeentuloturvan rahoituksessa on vähäinen ja se on supistunut viime vuosina. Kuntien ainoat merkittävät rahoituskohteet ovat toimeentulotuki ja pienten lasten hoidon tuet. (Kuvio 5.)

Kuvio 5. Toimeentuloturvan rahoitusosuudet vuosina 1990-2000

Kuntien asema on keskeinen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa että niiden rahoituksessa. Kunnat vastaavat noin 60 prosentista sosiaali- ja terveyspalvelujen

rahoituksesta. Lisäksi kuntien saamalla laskennallisilla valtionosuuksilla katetaan noin 20 prosenttia menoista. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusosuudet vuosina 1990-2000



1.3. Vuoden 2000 talousarvioesitys ja sosiaalipolitiikka

Vuoden 2000 valtion talousarvion loppusumma on 192,9 miljardia markkaa.² Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan menot ovat esityksen mukaan 43,0 miljardia markkaa. Se on noin 0,5 miljardia markkaa vähemmän kuin vuonna 1999. Sosiaalimenoja rahoitetaan myös muiden pääluokien menoista. Kaiken kaikkiaan valtion talousarvion kautta rahoitetaan kaikista sosiaalimenoista noin kolmannes.

Sosiaalivakuutusmaksuista ja veroista päätetään yleisemmin vasta tulopoliittisen ratkaisun selvittyä. Toistaiseksi on sovittu työttömyysvakuutusmaksujen ja eläketulosta perittävän korotetun sairausvakuu-

tusmaksun alentamisesta. Yleisesti toimeentuloturvaetuudet säilyvät ennallaan indeksillä tarkistettuina.

Talousarvion sosiaali- ja terveyspoliittisena lähtökohtana on ollut pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan säilyttäminen. Sosiaaliturva tukee osaltaan ihmisten mahdollisuuksia oman elämänsä hallintaan. Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja saatavuus turvataan koko maassa. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut hallinnonalan toimintaa ohjaamaan seitsemän strategista yleistavoitetta: sosiaaliturvan kannustavuus ja rahoitus, työssä jaksaminen ja työuran jatkaminen, syrjäytymisen ehkäisy ja katkaisu, terveelliset elintavat, toimintakyky ja hyvä elinympäristö, sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen ja hoitokäytäntöjen

² Mukaan ei tällöin ole laskettu 6 miljardin markan valtionvelan lyhennyksiä.

tehostaminen, tasa-arvon vahvistaminen sekä ohjauksen ja valvonnan tehostaminen. Merkittävänä periaatteellisena uudistuksena talousarvioesitykseen sisältyy ehdotus kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen perustamishankejärjestelmän asteittaisesta uudistamisesta vuoden 2000 alusta lukien. Hankkeisiin nykyisin käytettävissä olevia voimavaroja suunnataan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kehittämiseen ja tehostamiseen sekä toimintatapojen uudistamiseen. Uudistettu järjestelmä olisi täysimääräisesti voimassa vuonna 2003.

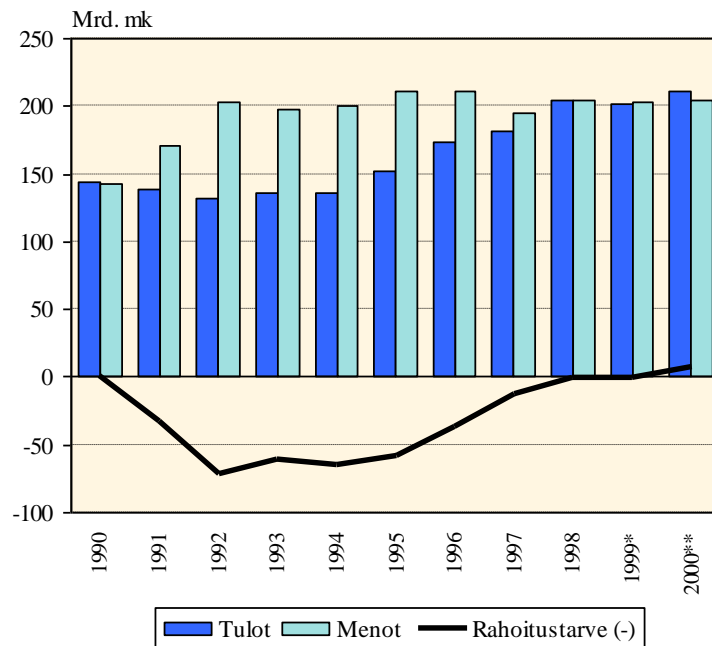
Talousarvioesityksen valmistelun yhteydessä sovittiin hallitusohjelman mukaisesti, että kunnille annetaan mahdollisuus edelleen korottaa joitakin sosiaali- ja tervey-

denhuollosta perittäviä maksuja. Samassa yhteydessä sovittiin terveydenhuollon toimenpiteille asetettavasta vuotuisesta maksukatosta.

1.4. Julkinen talous

Julkisen talouden vahvistuminen jatkuu edelleen vuonna 1999. Koko julkisen talouden ylijäämä nousee tänä vuonna jo noin 3 prosenttiin suhteessa kokonaistuotantoon. Julkisyhteisöjen velkasuhde (EMU-velka/BKT) pienenee samalla nopeasti. Valtiovarainministeriön arvion mukaan velkasuhde laskee tämän vuoden loppuun mennessä 46,5 prosenttiin. Julkisyhteisöjen talous on vahvistunut valtiontalouden tasapainoittumisen myötä (kuviot 7).

Kuvio 7. Valtiontalouden tasapaino vuosina 1990-2000



Lähde: Valtiovarainministeriö

Valtionhallinnon rahoitusaliijäämä pieneni noin 1,5 prosenttiin vuonna 1998. Tänä vuonna rahoitusaliijäämä kutistuu lähelle nollaa. Sosiaaliturvarahastojen ylijäämä pysyy yli 3 prosenttina bruttokansantuotteesta vuonna 1999. Kunnallistalous on liikkeessä tasapainossa.

Suomen talouden lähtökohdat näyttävät hyviltä vuodelle 2000. Valtiontalous muuttuu ensi vuonna ensimmäisen kerran ylijäämäiseksi sitten vuoden 1990. Kansantalouden tilinpidon mukaan rahoitusylijää-

män arvioidaan olevan yli 0,5 prosenttia. Vuonna 2000 kunnallistalous vahvistuu edelleen ja sosiaaliturvarahastojen ylijäämä kasvaa. Näin koko julkisen sektorin rahoitusylijäämä kohoaa yli 4,5 prosenttiin vuonna 2000.

Yleisen taloustilanteen kohentumisen myötä kuntien ja kuntayhtymien talouden kehitysnäkymät ovat hyvät. Vuonna 1998 kuntien yhteenlaskettu vuosikate kasvoi 1,5 miljardia markkaa. Vuosikate ei silti riittänyt kattamaan nettoinvestointeja. Vuonna 1999 vuosikatteen arvioidaan kasvavan edellisvuoden 8,9 miljardista markasta 9,2 miljardiin markkaan.

Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnan talousjaostossa syyskuussa 1999 tehdyn arvion mukaan vuodesta 2000 lähtien kuntien talous on ylijäämäinen. Kuntien ja kuntayhtymien yhteenlaskettu vuosikate on vuosina 1999-2003 keskimäärin 13 miljardia markkaa vuodessa. Samaan aikaan kunnat pystyvät lyhentämään lainojaan ja kasvattamaan kassavarojaan. (Taulukko 2.)

suhteessa kokonaistuotantoon. Vaikka rahoitustilanne näyttää kuntakenttää kokonaisuutena tarkastellen hyvältä, pysyvät kuntakohtaiset kehityserot merkittävinä. Kuntakohtaisesti tarkasteltuna vuosikatteen ovat parantuneet lähinnä suurissa kunnissa. Eriytymiskehitykseen vaikuttavat muun muassa väestön muuttoliike, yhteisövero-osuuksien muutokset, korkea työttömyys sekä muut yleisemmät menojen ja tulojen kehityserot.

Vuoden 1998 tilinpäätöstietojen mukaan 71 kunnan vuosikate oli negatiivinen. Suurin osa negatiivisen vuosikatteen kunnista (42 kuntaa) oli alle 6 000 asukkaan kuntia. Vuonna 1999 negatiivisen vuosikatteen kuntia arvioidaan olevan hieman enemmän.

Vuosikatteen eivät kuitenkaan yksiselitteisesti kuvaa kunnan talouden tilaa. Kunta tarvitsee vuosikatetta rahoittaakseen investointinsa ja lyhentääkseen lainojaan. Kuntien velka-aste ja investointitarpeet kuitenkin vaihtelevat paljon ja siksi vuosikatteiden tuleekin olla erilaiset erilaisissa kunnissa.

Taulukko 2. Kuntien talouden tunnuslukuja, miljardia markkaa, käyvin hinnoin

	1993	1995	1997	1999*	2000**	2003**
Toimintakate	...	-76,4	-73,2	-78,6	-80,2	-89,4
Verotulot	47,8	57,9	65,4	71,5	77,7	88,2
Käyttötalouden valtionosuudet ¹	40,7	38	19,8	18,9	19,7	21,6
-josta STM:n osuus	21,1	17,9	13,6	12,7	13,0	13,7
Muut menot, netto	...	-4,0	-4,5	-4,8	-4,9	-5,1
Vuosikate	10,3	13,1	7,4	9,2	12,3	15,1
Investoinnit, netto	6,6	5,6	10,8	12,5	12,0	12,5
Lainakanta	31,6	25,8	25,9	27,6	27,6	23,6
Kassavarat	12,2	19,0	15,7	14,5	15,8	19,4
Nettovelka (lainakanta - kassavarat)	19,4	6,8	10,2	13,1	11,8	4,2

* ennakkotieto** ennuste

1) Kuntien kirjanpidon mukaan

Lähde: Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, syyskuu 1999

Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimavaltainen ala, jonka palkkakehitys heijastuu merkittävästi kuntien menoihin. Kuntien

palkkamenojen lähivuosien kehitykseen vaikuttaa avoimena oleva kunta-alan tuloratkaisu.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat kasvaneet viime vuosina. Kasvusta suurin osa on aiheutunut terveydenhuoltomenojen lisäyksestä. Terveydenhuollon menojen kasvu on tapahtunut pääosin erikoissairaanhoidossa. Suomen Kuntaliiton selvityksen mukaan suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannusten nousu kuitenkin hidastui vuonna 1998. Suurimpien kaupunkien terveydenhuollon kokonaiskustannukset nousivat vain 0,7 prosenttia asukasta kohti vuonna 1998. Vuotta aiemmin vastaava nousu oli 2,7 prosenttia.

Työttömyyden aleneminen, vuodesta 1998 alkaen toteutettu asumistuen ja toimeentulotuen yhteensovittaminen sekä toimeentulotuen tarkistukset vähentävät kuntien toimeentulotukimenoja. Pidemmällä aikavälillä väestön ikääntyminen lisää vanhimpien ikäluokkien sosiaali- ja terveydenhuollon menoja.

Lasten päivähoitopaikkojen tarve on lisääntynyt parantuneen työllisyyden myötä. Päivähoidon tarve kääntyy lähivuosina lasten syntyvien lasten määrän vähenemisen vuoksi. Vuoteen 2005 mennessä arvioidaan alle kouluikäisten lasten määrän vähenevän noin 40 000 lapsella. Muuttoliike lisää päivähoitoa kysyntää ja kustannuksia muuttovoittoalueilla. Muuttoliikkeen ja palvelurakenteen ylläpitämisen johdosta päivähoitoa menot eivät laske yhtä nopeasti kuin päivähoitossa olevien lasten lukumäärä.

Kirjallisuutta

Kunnallistalous vuosina 1999-2003. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, 14.9.1999. Sisäasiainministeriö.

Valtion talousarvioesitys 2000. Helsinki 1999.

Suhdannekatsoukset 2 ja 3/1999. Valtiovarainministeriö, Kansantalouselosasto.

2. SOSIAALIMENOT KOHDERYHMITÄIN

2.1. Sairaus ja terveys

	1997	1998*	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	39 695	41 500	43 400	45 700
- josta toimeentuloturva (mmk)	7 493	8 000	8 400	9 000
% sosiaalimenoista	21,3	22,1	22,8	23,5
% BKT:sta	6,3	6,0	6,0	6,0
Sairausvakuutuspäivärahan saajat vuoden aikana	271 800	278 100	289 000	300 500
Perusterveydenhuolto				
- terveyden - ja sairaanhoitokäynnit/1000 asukasta	4 994	4 905	4 980	5 000
- hammashuollon käynnit/1000 asukasta	987	955	1 020	1 040
- hoitotaksot vuodeosastolla/1000 asukasta	56	58	59	59
- hoitopäivät/1000 asukasta	1 574	1 578	1 580	1 580
Erikoissairaanhoito				
- avohoitokäynnit/ 1000 asukasta	1 167	1 141	1 160	1 160
- hoitotaksot vuodeosastolla/ 1000 asukasta	181	176	180	190
- hoitopäivät/ 1000 asukasta	1 145	1 078	1 100	1 160

* ennakkotieto

** ennuste

Sairaus ja terveys -pääryhmän menot ovat vuonna 1999 arviolta 43,4 miljardia ja vuonna 2000 arviolta 45,7 miljardia markkaa. Terveysterveysmenojen karsittiin merkittävästi lamavuosina. Niinpä vuoden 2000 menot tulevat vastaamaan vuoden 1992 menojen. Sairaus- ja terveysmenojen osuus sosiaalimenoista on viime vuosina kasvanut ja kasvaa edelleen. Pääryhmän menot koostuvat pääosin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitojen menoista, sairausajan palkoista, sairausvakuutuksen päivärahoista sekä muista sairausvakuutuksen korvauksista.

Terveyspalvelujen kustannuksissa ja hoitokäytännöissä suuria eroja

Kuntien terveydenhuoltomenot ovat viime vuosina olleet kasvussa. Kasvu on painottunut erikoissairaanhoitoon. Kuntien väliset erot asukaskohtaisissa terveydenhuoltomenoissa ovat edelleen suuria, vaikka erot ovat supistuneet vuoden 1993 jälkeen. Helsingin kansanterveystyön, erikoissairaanhoitojen ja vanhusten laitoshoidon tarvekioidut menot ylittävät 18 prosentilla maan keskitason,

kun taas Päijät-Hämeen kunnissa vastaavat menot ovat 13 prosenttia maan keskitasoa pienemmät. Kustannuseroihin vaikuttavat paitsi erot palvelutarpeessa, myös hallinnolliset ratkaisut sekä toimintakäytännöt.

Suurten kaupunkien terveydenhuoltomenoista kolmena peräkkäisenä vuotena tehty vertailu osoittaa, että erot ovat supistuneet. Kustannukset ovat suurimmat Helsingissä ja Oulussa. Espoossa ja Tampereella menot ovat noin tuhat markkaa pienemmät asukasta kohti.

Kustannusten ja hoitokäytäntöjen vaihteluun pyritään vaikuttamaan informaatio-ohjauksen keinoin. Esimerkiksi Käypä hoito -hankkeessa Duodecim ja erikoislääkäriliiton laativat Suomeen soveltuvia valtakunnallisia hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuositukset toimivat tukena lääkärin käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia.

Sairaanhoitokorvausten menot kasvavat

Yksityisen sektorin lääkäripalkkioista maksettiin vuonna 1998 sairausvakuutuskorvauksia vajaat 350 miljoonaa markkaa. Korvauskertoja oli lähes kaksi prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna ja niiden arvioidaan lisääntyvän edelleen. Sairausvakuutus korvaa lääkäripalkkioista vakuutetuille keskimäärin 38 prosenttia.

Vuonna 1998 yksityisen sektorin tutkimus- ja hoitokustannuksia korvattiin runsaalla 340 miljoonalla markalla. Korvaukset kasvavat edelleen yksityisten palvelujen käytön lisääntyessä.

Vuonna 1998 hammaslääkäripalkkioista korvausta saaneita oli 74 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna. Lisäys johtuu vuonna 1955 tai aiemmin syntyneiden oikeudesta saada korvausta hampaiden tutkimuksesta ja ehkäisevästä hoidosta. Vuonna 1998 hammaslääkäripalkkioista sai korvausta 666 000 vakuutettua, joista 293 000 oli vuonna 1956 tai sen jälkeen syntyneitä. Korvauksia maksettiin vajaat 250 miljoonaa markkaa. Hammaslääkärikorvaukset kasvavat edelleen, kun korvausta saavien määrä lisääntyy vuosittain yhdellä ikäluokalla. Sairausvakuutus korvaa hammaslääkäripalkkioista keskimäärin 49 prosenttia.

Lääkekustannuksia onnistuttu hillitsemään

Lääkekustannusten kasvu on hidastunut. Vuonna 1998 tuli voimaan useita lainmuutoksia, jotka hidastivat lääkekustannusten ja korvausmenojen kasvua. Vuonna 1998 korvausmenot kasvoivat vain 2,1 prosenttia, kun lisäys oli vuodesta 1994 lähtien ollut vuosittain noin kymmenen prosenttia. Vuonna 1998 lääkkeitä myytiin kaikkiaan noin 8,2 miljardilla markalla. Sairausvakuutuksen lääkekorvauksia maksettiin noin 3,4 miljardia markkaa runsaalle 3,2 mil-

joonalle saajalle. Heistä runsas miljoona sai korvauksia erityiskorvatuista lääkkeistä.

Erityiskorvattavien lääkkeiden piiriä laajennettiin valtioneuvoston päätöksellä syyskuussa 1999. Laajennus toteutetaan kolmessa vaiheessa heinäkuuhun 2000 mennessä. Tämä lisää lääkekustannuksia, mutta lääkkeiden tukkuhintoihin tehtävät tarkistukset tuovat säästöjä. Lääkekorvausmenot kasvavat kuitenkin vuosina 1999 ja 2000 enemmän kuin vuonna 1998.

Suurista vuotuisista lääkekustannuksista lisäkorvausta saaneiden määrä on kasvanut nopeasti. Vuonna 1990 lisäkorvausta sai vajaa 15 000 henkilöä ja vuonna 1998 peräti 83 000. Lisäkorvausta saavien määrän arvioidaan kasvavan edelleen.

Väestön vanheneminen ja uudet kalliit lääkkeet luovat edelleen paineita lääkekustannusten kasvuun. On entistä tärkeämpää kiinnittää huomiota lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuteen. Lääkekorvaukset tulisi kohdentaa lääkkeisiin, joilla vähennetään laitoshoidon tarvetta ja parannetaan potilaiden elämänlaatua. Rationaaliseen lääkehoitoon pyrkivä Rohto -hanke kannustaa lääkäreitä arvioimaan hoito- ja toimintakäytäntöjään ja muuttamaan niitä tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan.

Sairauspäivärahamenot kasvussa - tarveharkintaista saavien määrä kääntynyt laskuun

Sairausvakuutuksen päivärahaa maksetaan henkilöille, jotka ovat sairauden takia kykenemättömiä tekemään tavallista työtään. Vuodesta 1996 lähtien sairauspäivärahaa ei ole maksettu, jos työtulot ovat säädettyä tuloarajaa pienemmät (5 578 mk/v vuonna 1999). Tulottomille tai vähävaraisille voidaan kuitenkin maksaa tarveharkintaista sairauspäivärahaa, kun työkyvyttömyys on kestänyt 60 päivää.

Vuonna 1998 sairauspäivärahaa maksettiin 278 100 henkilölle yhteensä 2,4 miljardia markkaa. Keskimääräinen päiväraha oli 218 markkaa. Vuosina 1999 ja 2000 sairauspäivärahan saajien määrä ja päivärahamenot nousevat edelleen työllisyyden kohentuessa. Tarveharkintaista päivärahaa saaneiden määrä on noussut vuoteen 1998 saakka. Tällöin saajia oli 1 400. Vuoden 1999 alusta lähtien heidän määränsä on hieman laskenut.

Terveyspalvelujen rahoitus edelleen pääosin julkisin varoin

Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus on 1990-luvulla muuttunut. Julkisen rahoituksen osuus, joka oli pitkään 78-80 prosenttia menoista, on laskenut noin 75 prosenttiin. Valtion osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen julkisesta rahoituksesta on pienentynyt samalla kun kuntien ja Kelan osuudet ovat suurentuneet. Kotitalouksien rahoitusosuus on kasvanut noin viisi prosenttiyksikköä.

Suomessa ollaan varsin yksimielisiä siitä, että myös tulevaisuudessa kunnilla on vastuu terveyspalvelujen järjestämisestä, kaikilla on yhtäläinen pääsy terveyspalveluihin ja palvelujen rahoitus on edelleen pääosin veroperusteinen. Tämä näkemys on ilmaistu myös hallitusohjelmassa. Verorahoitteisen mallin on arvioitu muita malleja paremmin varmistavan sen, että menokehitys pysyy kansantalouden kasvun rajoissa ja että tasa-arvoisuudesta huolehditaan. Verorahoitteisessa mallissa palvelujen hallinto ja tuotanto voidaan järjestää monin eri tavoin.

Palvelujen rahoitusmuoto vaikuttaa palvelujen tuottajien sekä lääkäreiden ja muun henkilöstön toimintaan ja käyttäytymiseen. Sairaanhoidossa kehitys näyttää menevän siihen, että palvelujen tilaaja sopii etukäteen sairaalan kanssa ostettavien palvelujen kokonaisbudjetin. Pelkkä palvelujen hinnoista sopiminen yksityiskohtaisen kustan-

nuserittelyn pohjalta tai palvelujen määrästä sopiminen jättää tilaajan maksettavaksi tulevan kokonaissumman auki.

Kuntasektorin lääkärit ovat yleensä kuukausipalkkaisia. Omalääkärikokeiluissa on käytetty kuukausipalkkaan kytkettyinä kapitaatio- (sovitun asiakasluvun mukaan määräytyvää) ja toimenpidepalkkausosia. OECD käsitteli vuoden 1998 Suomea koskeneessa maa-arviossaan kuntasektorin lääkäreiden palkkausperusteita. Järjestö esitti järjestelmää, jossa kuukausipalkan ohella myös kapitaatio- ja toimenpidepalkkaus muodostaisivat osan palkasta. Tällä tavoin kustannuskehitystä voitaisiin edelleen hillitä, mutta samalla se antaisi lääkäreille kannusteen tehdä työtä kuntatyönantajan laitoksissa enemmän kuin mikä on ollut tapana.

Yksityisen vakuutustoiminnan osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on ollut Suomessa hyvin pieni, noin kaksi prosenttia. Keskustelu hoivavakuutuksesta on viirimässä myös Suomessa. Ei ole kuitenkaan oletettavissa, että yksityisen vakuutustoiminnan osuus kasvaisi kovin nopeasti lähivuosina. Massojen vakuuttamisen sijasta yksityisvakuutuksessa on kiinnostuttu rajatuimmista vakuutuksen kohteista.

Asiakasmaksut korkeat - maksukatto tulossa

Suomen terveydenhuollon asiakasmaksut ovat Euroopan suurimpia. Asiakasmaksuilla on sijansa palvelujen rahoituksessa myös vastaisuudessa. Asiakasmaksujärjestelmä kaipaa kuitenkin uudistuksia, jotta se olisi selkeämpi ja läpinäkyvämpi sekä päättäjille että kotitalouksille. Avohoidossa olevan potilaan maksujen yhteissumman tulisi olla alhaisempi kuin hänen ollessa laitoshoidossa. Tietotekniikan kehittyminen mahdollistaa maksujen keräämiseen liittyvän paperityön vähentämisen.

Asetusta sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksuista on muutettu siten, että pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksuissa otetaan huomioon taloudellisesti riippuvaiset perheenjäsenet. Kun maksu on 80 prosenttia asiakkaan nettotuloista, on joissakin tilanteissa perheen toimeentulo voinut heikentyä merkittävästi silloin, jos perheen elättäjä on joutunut pitkäaikaiseen laitoshoidon. Uuden säännöksen mukaisesti tällaisissa tilanteissa on tapauskohtaisesti harkittava maksun alentamista.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuille on esitetty maksukattoa vuodesta 2000 lähtien, jotta paljon terveydenhuollon palveluita käyttävien maksurasitus ei nousisi kohtuuttomaksi. Maksukaton täyttymisen jälkeen asiakas saisi maksukaton piirissä olevat avohoidon palvelut maksutta ja lyhytaikaisen laitoshoidon alennetulla maksulla. Hallituksen esitystä valmisteltaessa maksukatoksi on suunniteltu 3 500 markkaa 12 kuukauden jaksolla, joka ei ole sidottu kalenterivuoteen. Kuntien peruspalvelujen turvaamiseksi kunnille annetaan ensi vuonna mahdollisuus korottaa joitakin sosiaali- ja terveyspalveluista perittäviä maksuja.

Väestön terveydentila kehittynyt pääosin myönteisesti

Suomalaisten terveydentila on pitkällä aikavälillä parantunut. Keskimääräinen elin-aika on pidentynyt parissa vuosikymmenessä yli kuudella vuodella. Suomalaiset naiset elävät yhtä pitkään kuin eurooppalaiset naiset keskimäärin. Suomalaisten miesten elinajanodote on hieman lyhyempi kuin eurooppalaisilla miehillä keskimäärin.

Erilaiset terveyden, sairastavuuden ja hyvinvoinnin indikaattorit antavat 1990-luvun kehityksestä osittain ristiriitaisen kuvan. Kuolleisuuden indikaattorit viittaavat siihen, että väestön terveydentila parani lamavuosina. Myös väestön kokema terveydentila on parantunut. Sen sijaan väes-

tön itse raportoima pitkäaikaissairastavuus sekä psyykinen oireilu ovat lisääntyneet.

Verenkiertoelinsairaudet muodostavat edelleen suurimman yksittäisen kuolleisuutta aiheuttavan sairausryhmän, vaikka esimerkiksi sepelvaltimotautiin sairastuneisuus on vähentynyt jyrkästi. Kohonnut verenpaine, joka on tärkeimpiä verenkiertoelinsairauksien vaaratekijöitä, on yleisin sairausvakuutuksen perusteella erityiskorvattavaan lääkitykseen oikeuttava sairaus.

Verenkiertoelinten sairauksien ohella tärkeimpiä väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mielenterveydenhäiriöt, allergiat, diabetes ja dementia. Mielenterveyden häiriöt muodostavat suurimman työkyvyttömyyttä aiheuttavan sairausryhmän. Vaikeiden, psykoottistasoisten mielenterveyshäiriöiden ilmaantuvuus on pysynyt vakaana, mutta erityisesti depression eri muodot ovat yleistyneet 1990-luvulla ja depression osuus uusissa eläkepäätöksissä on korostunut. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet yleistivät työkyvyttömyyden aiheuttajina 1980-luvulle asti, minkä jälkeen ilmaantuvuus on hieman pienentynyt. Väestön vanhetessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet pysyvät merkittävinä terveydenhuollon kuormittajina.

Allergia ja astma ovat nopeimmin yleistäviä terveysongelmia. Allergian ja erityisesti astman hoito on tehostunut eikä vaadi enää samassa määrin sairaalahoitoa kuin aikaisemmin.

Väestön vanhetessa on odotettavissa demensian tulevan oleelliseksi kansanterveysongelmaksi. Vuonna 2010 dementiaa sairastavia arvioidaan olevan jo yli 90 000.

Itsemurhat ovat Suomessa merkittävä nuorten miesten kuolinsyy. Itsemurhakuolleisuus samoin kuin tapaturmakuolleisuus ovat kuitenkin tällä vuosikymmenellä vähentyneet. Sen sijaan kuolleisuus alkoholin

aiheuttamiin syihin on kasvanut. Alkoholi on nyt työikäisten miesten osalta itsemurhaa tai tapaturmaa yleisempi kuolinsyy. Kaikista miesten kuolemista peräti 11 prosenttia liittyy alkoholiin, naisilla vastaava osuus on 2 prosenttia. Alkoholikuolleisuuden muutokset ovat kutakuinkin seuranneet alkoholin kokonaiskulutuksen muutoksia. Vuonna 1998 tilastoitu alkoholinkulutus oli 7,1 litraa asukasta kohti ja kokonaiskulutus arviolta 9,0 litraa asukasta kohti. Alkoholia käyttää päivittäin tai lähes päivittäin 9 prosenttia aikuisista. Heidän osuutensa ei väestötutkimuksen mukaan ole kasvanut.

Ylipainosta suuria kustannuksia

Väestön terveyskäyttäytymistä on seurattu laajojen haastattelututkimusten avulla. Vuosien 1987 sekä 1995/96 väestön terveystutkimuksissa terveyteen vaikuttavia elintapoja selvitettiin muun muassa tupakoinnin sekä alkoholin käytön osalta.

Päivittäin tupakoivien aikuisten osuus on vajaassa kymmenessä vuodessa laskenut 26 prosentista 23 prosenttiin. Tupakointi on miehillä yleisempää kuin naisilla, eniten tupakoivat 25-44 -vuotiaat.

Ylipaino on merkittävä terveysriski, josta aiheutuvat sairaudet saattavat kuormittaa terveydenhuoltoa jopa enemmän kuin tupakasta aiheutuvat sairaudet. Ylipainoisten osuus aikuisista on väestötutkimusten mukaan hieman noussut. 11 prosenttia aikuisväestöstä on ylipainoisia ja ylipainoisuus yleistyy etenkin 45. ikävuodesta lähtien.

Nuoret entistä myönteisempiä päihteiden käytölle

Nuorten terveystapatutkimuksessa on seurattu nuorten terveyskäyttäytymistä runsaan parinkymmenen vuoden ajan. 1990-luvulla nuorten tupakointi, alkoholin käyttö ja sosiaalinen altistuminen huumeille ovat muuttuneet terveyden kannalta haitallisem-

paan suuntaan. Tyttöjen päivittäinen tupakointi lisääntyi ja poikien väheni 1990-luvulle tultaessa. 14-vuotiaista tytöistä tupakoi päivittäin 17 prosenttia ja pojista 12 prosenttia. 16-vuotiaista tytöistä ja pojista tupakoi päivittäin 30 prosenttia. Parin viime vuoden aikana nuorten tupakoinnin yleisyydessä ei ole tapahtunut muutoksia. Sen sijaan tupakoivista nuorista yhä useampi käärii savukkeensa irtotupakasta. Nuuskaaminen on yleistynyt voimakkaasti etenkin poikien keskuudessa.

Suomalainen humalahakuinen juomatapa näkyy myös nuorten käyttäytymisessä. Humalajuomisen yleistymisen on kuitenkin pysähtynyt parin viime vuoden aikana. Sen sijaan viikoittainen alkoholinkäyttö on yleistynyt nuorissa ikäryhmissä samalla kun nuorten myönteinen suhtautuminen alkoholiin on lisääntynyt.

Huumausaineiden kokeilu ja käyttö ovat lisääntyneet tasaisesti 1990-luvulla erityisesti nuorissa ikäluokissa. Huumausaineista johtuvat haitat ovat kasvaneet jopa nopeammin kuin kokeilu- ja käyttöluvut viittaavat. Esimerkiksi huumausainerikokset ovat lisääntyneet nopeasti ja levinneet koko Suomeen. Erityisesti pääkaupunkiseudulla yleistynyt suonensisäisten huumeiden käyttö näkyy hepatiittitapausten lisääntymisenä sekä suonensisäisestä huumeidenkäytöstä aiheutuneena HIV-epidemiana.

Väestöryhmien välisten terveyserot kasvaneet

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on pitkään ollut yksi keskeisimmistä terveystavoitteista maassamme. Edullisesta elinajan kehityksestä huolimatta väestöryhmien väliset terveyserot ovat säilyneet suurina. Terveyserot ilmenevät erityisesti sukupuolten, sosiaaliryhmien ja eri alueiden välillä.

Suomessa miesten ja naisten elinajanodotteet poikkeavat huomattavasti toisistaan.

Kun vastasyntyneen tyttövauvan elinajanodote on 80,8 vuotta, on poikavauvan elinajanodote seitsemän vuotta pienempi eli 73,5 vuotta. Tämä ero on läntisen Euroopan suurimpia - esimerkiksi Ruotsissa vastaava ero on viisi vuotta.

Sosiaaliryhmittäiset kuolleisuuserot ovat pikemminkin kasvaneet kuin kaventuneet. Vaikka kuolleisuus on kaikissa sosiaaliryhmissä pienentynyt, on kehitys ollut edullisinta eniten koulutetulla väestöryhmällä. Siviilisäätyjen mukaiset erot kuolleisuudessa ovat viime vuosina kasvaneet etenkin miesten osalta siten, että naimisissa olevilla miehillä kuolleisuus on selvästi pienempää kuin naimattomilla, eronneilla ja leskillä.

Alueelliset erot väestön terveydessä ovat suuria ja hyvin pysyviä huolimatta vuosikymmeniä jatkuneesta erojen pienentämiseen tähtäävästä terveystaloustaloudesta. Etelä- ja Länsi-Suomessa eletään terveempinä ja pitempään kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Myös kuntien ja kaupunkien sisällä on suuria eroja väestöryhmien hyvinvoinnissa. Nämä erot ovat voimistuneet.

Terveyttä Kaikille 21 -ohjelma

Terveyden tasa-arvo on yksi keskeisistä Terveyttä Kaikille 21 -ohjelman tavoitteista. Ohjelmaa valmistelee parhaillaan valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta. Ohjelma kattaa ensi vuosikymmenen kaksi ensimmäistä vuosikymmentä. Sen tarkoituksena on antaa yhteinen pohja terveystaloustaloudesta ja edistää terveystaloustaloudesta tavoitteiden huomioon ottamista kaikilla yhteiskuntapolitiikan lohkoilla.

Terveyskysymykset entistä enemmän esillä EU:ssa

Terveysnäkökohtien ulottamista sosiaali- ja terveystaloustaloudesta sektorin ulkopuolelle on pyritty edistämään myös EU:n tasolla. Amsterdamin sopimus velvoittaa ottamaan terveysnäkökohdat huomioon kaikilla yhteisön politiikan alueilla. Jäsenvaltiolla on oma päättäväisensä kansallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan suhteen, mutta EU-tasolla tehdyt päätökset voivat heijastua välillisesti sosiaali- ja terveystaloustaloudesta käytäntöihin ja edellytyksiin kansallisella tasolla.

Kirjallisuutta

Arinen, S, Häkkinen, U, Klaukka, T, Klavus, J, Lehtonen, R, Aro, S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystaloudesta väestötutkimuksen 1995&96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Suomen virallinen tilasto. Terveys 1998:5.

Hein, R, Virtanen, A, Wahlfors, L, Österberg, E. Alkoholi ja huumeet 1998 - kulutus, käyttö ja haitat. Stakes. Tilastoraportti 9/1999.

Hermanson, E, Karvonen, S, Sauli, H. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa - Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Osat I ja II. Stakes. Tilastoraportti 13/1998.

Häkkinen, U., Laukkanen, M. Terveystaloustaloudesta palvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990-1997. Stakes. Aiheita 30/1999.

Rimpelä, M, ym. Nuorten terveystaloustaloustaloudesta tutkimus 1999. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset. Stakes. Aiheita 18/1999.

Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 1997. Suomen Kuntaliitto 1999.

Terveystaloustaloudesta palvelujen kustannukset ja rahotus Suomessa 1960-97. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:55. Helsinki, 1998.

Väestöryhmien väliset terveyserot. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/1999.

2.2. Toimintarajoitteisuus

	1997	1998*	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	26 554	25 500	25 500	25 700
- josta työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet (mmk)	17 549	16 300	16 200	16 200
% sosiaalimenoista	14,3	13,6	13,4	13,2
% BKT:sta	4,2	3,7	3,6	3,4
Työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	295 000	288 000	289 200	282 800
Vammaistuen saajat 31.12	11 600	11 600	11 600	11 600
Vammaisia laitoshoidossa 31.12.	3 370	3 200	3 000	2 800
Kuljetuspalveluja saaneet, vuoden aikana	55 100	58 600	60 000	61 000
Kodinhuoltoapua saaneet vammaiskotitaloudet, vuoden aikana	6 620	6 290	6 300	6 300
Omaishoidon tukea saaneet vammaiset, vuoden aikana	7 590	7 640	7 700	7 750

* ennakkotieto

** ennuste

Toimintarajoitteisuuden aiheuttamissa menoissa ei suuria muutoksia

Vuonna 1999 työkyvyttömille ja vammaisille suunnatun sosiaaliturvan menot ovat arviolta 25,5 miljardia markkaa eli vajaat 4 prosenttia bruttokansantuotteeseen suhteutettuna. Pääosa menoista, runsaat 16 miljardia markkaa, on työkyvyttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden kustannuksia. Erilaisiin palveluihin käytetyt menot, runsaat 5 miljardia markkaa, muodostavat viidesosan pääryhmän menoista.

Toimintarajoitteisuuden menoissa ei tapahtu suuria muutoksia vuosina 1999 ja 2000. Laaja työttömyysturvan ja työttömyyseläkkeiden käyttö on vähentänyt sairausperusteisille eläkkeille siirtymistä. Eläkkeelle on siirrytty entistä useammin työttömyyskauden kautta. Myös vuonna 1996 voimaan tullut eläkelainsäädännön uudistus on vähentänyt eläkemenoja.

Vuoden 1998 lopussa työkyvyttömyyseläkkeensaajien keskimääräinen omaeläke oli 5 160 markkaa ja kokonaiseläke 5 280 markkaa kuukaudessa. Naisten työkyvyttömyyseläkkeenä maksettavat omaeläkkeet

ovat keskimäärin vajaat 80 prosenttia miesten eläketasosta. Alle 5 000 markan kokonaiseläkettä sai 54 prosenttia ja yli 7 500 markan kokonaiseläkettä 16 prosenttia työkyvyttömyyseläkeläisistä.

Vajaakuntoisten ja vammaisten työllisyysaste matala

Korkea työttömyys on rajoittanut erityisesti vajaakuntoisten työllistymistä. Vajaakuntoisten työllisyysaste on keskimääräistä matalampi ja eläkkeellä olevien henkilöiden osuus on suuri. Eläketulot muodostavat pääasiallisen tulonlähteen noin kolmelle neljästä jotakin toimintarajoitteisuuteen liittyvää etuutta saavasta henkilöstä. Palkka-, yrittäjä- tai omaisuustulot ovat pääasiallinen tulonlähde alle 20 prosentille toimintarajoitteisuuteen liittyvien etuuksien saajista.

Kansaneläkelaitoksen vammaistuki on taloudellista tukea muiden kuin eläkkeellä olevien vammaisten selviytymiseen jokapäiväisissä toimissa, työelämässä ja opiskelussa. Vammaistuki maksetaan haittojen, avuntarpeen ja erityiskustannusten määrästä riippuen kolmiportaisena. Vuonna 1999 vammaistuki on 420, 980 tai 1820 mark-

kaa kuukaudessa. Vuoden 2000 alussa siihen tehdään indeksitarkistus. Vuonna 1999 vammaistukimenot ovat runsaat 2 prosenttia suhteessa työkyvyttömyyseläkkeisiin käytettyihin menoihin. Vammaistuen saajien määrä on pysynyt pitkään samalla runsaan 11 000 henkilön tasolla. Melko monet vammaistuen saajat ovat säännöllisen ansiotyön ulkopuolella.

Vajaakuntoisia työnhakijoita on jatkuvasti enemmän. Heidän osuutensa työttömistä työnhakijoista on vaihdellut työllisyystilanteen mukaan. Osuus oli vuosikymmenen alussa 11 prosenttia. Työttömyyden kasvaessa se pieneni alimmillaan 6 prosenttiin vuonna 1994. Kun työllisyys parani, osuus kääntyi kasvuun ja oli 8 prosenttia vuonna 1998. Tuolloin pitkäaikaistyöttömistä 13 prosenttia oli vajaakuntoisia. Työnvälityksessä vajaakuntoisuus todetaan yleensä lääkärintodistuksen pohjalta.

Vuonna 1998 työvoimahallinnon asiakkaana oli 74 700 vajaakuntoista työnhakijaa, joista työttöminä oli 62 500. Vajaakuntoisista työnhakijoista 69 prosenttia sijoittui työhön tai koulutukseen. Tämä osuus oli suurin piirtein sama kuin edellisenä vuonna. Työllistyneistä aiempaa suurempi osa työllistyi avoimille työmarkkinoille. Vajaakuntoisten työttömyys on kestoaltaan selvästi pidempää kuin muilla. Vuonna 1998 päättäneiden työttömyysjaksojen keskimääräinen pituus oli kaikilla työttömillä 21 viikkoa, vajaakuntoisilla se oli 34 viikkoa. Vuodesta 1997 vuoteen 1998 vajaakuntoisten pitkäaikaistyöttömien määrä kasvoi muutamalla prosentilla.

Ikääntyneiden osuus vajaakuntoista työnhakijoista on kasvanut jatkuvasti. Tällä hetkellä noin neljä kymmenestä vajaakuntoisesta työnhakijasta on yli 50-vuotiaita. Vajaakuntoisten työttömyysjaksojen keskimääräistä kesto pidemmän ikääntyneiden pitkät työttömyysjaksot.

Vajaakuntoisuuden yleisimmät syyt olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, hengityselinten taudit ja mielenterveyden häiriöt. Kaikkiin edellä mainittuihin sairausryhmiin kuuluvien vajaakuntoisten työnhakijoiden määrä on kasvanut 1990-luvulla. Tuki- ja liikuntaelinten osuus on ollut laskussa, hengityselinten tautien osuus lievässä kasvussa. Mielenterveyden häiriöiden osuus oli suurimmillaan 1990-luvun alkupuolella (15 %), mistä se laski välillä kääntäytyäkseen lievään kasvuun vuonna 1997.

Kehitysvammaliiton vuonna 1999 teettämässä Kehitysvammabarometrissa kehitysvammaisten omaiset ja palvelun tuottajien edustajat arvioivat, että kehitysvammaisille ryhmänä järjestetyn työtoiminnan saataavuus on kohtalainen. Uudempien toimintamuotojen, kuten palkkasuhteisen tuetun työn ja integroitujen työmuotojen saataavuus on heikompi.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö valmistelevat vuoden 2000 aikana yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa tarvittavat lainsäädännölliset muutokset vammaisten henkilöiden työllistymisen esteiden purkamiseksi ja työllistymismahdollisuuksien parantamiseksi. Esimerkiksi suurille työnantajille kohdistuvat työkyvyttömyyseläkkeiden tulevan ajan kustannukset voivat vaikeuttaa vajaakuntoisten ja vammaisten työllistymistä.

Työkyvyttömyyseläke ja työttömyyseläke työelämästä poistumisen reitteinä

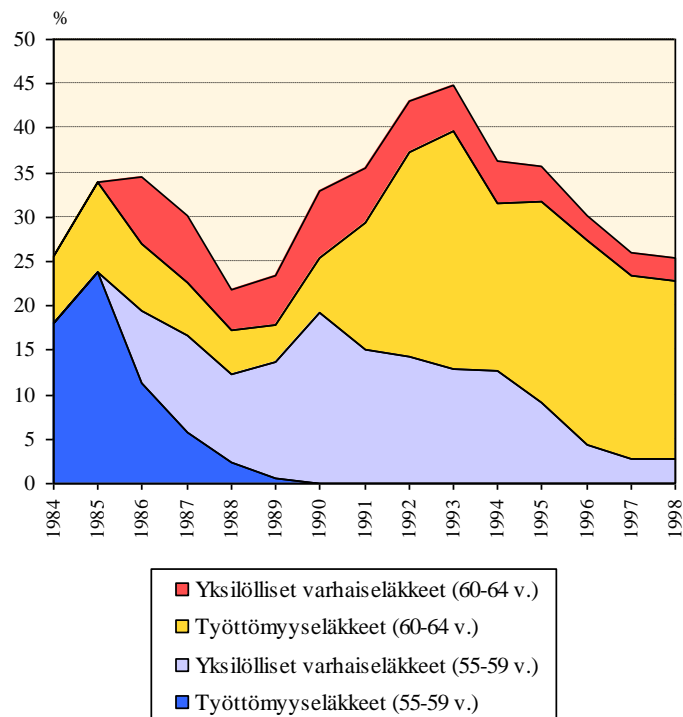
Tällä hetkellä 8,4 prosenttia työikäisestä (15-64-vuotiaasta) väestöstä on työkyvyttömyyseläkkeellä tai yksilöllisellä varhaiseläkkeellä. Työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä ei ole tarkka todellisen työkyvyn menettämisen yleisyyden mittari. Työkyvyttömyyseläkeläisten määrään vaikuttavat muun sosiaaliturvan laajuus, eläkkeeseen oikeuttavan työkyvyttömyyden määrittely sekä työllisyyden ja työelämän muutokset. Viimeisin työkyvyttömyyseläke-

keensaaajien osuuden kasvu johtui suurelta osin yksilöllisen varhaiseläkkeen käyttöön-otosta. Yksilöllisessä varhaiseläkkeessä työkyvyttömyys määritellään lievemmin sairauserusteina kuin varsinaisessa työkyvyttömyyseläkkeessä. Yksilölliselle varhaiseläkkeelle siirtyneiden määrä oli suurimmillaan noin kymmenen vuotta sitten. Vuonna 1996 yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja nostettiin 55 vuodesta 58 vuoteen.

Eläkkeelle siirtyä Suomessa nykyisin noin 40 000 ihmistä vuodessa. Kolmasosa heistä on työkyvyttömyyseläkkeelle tai yksilölliselle varhaiseläkkeelle siirtyviä ihmisiä.

Uusien työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on laskenut 1980-luvun puolivälin tasolle ja laskun odotetaan jatkuvan. Kun tarkastellaan 55-64-vuotiaista väestöä, havaitaan, että erityisesti uusien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä on vähentynyt samaan aikaan kun työttömyyseläkkeiden määrä on kasvanut (kuviot 8). Yksilöllisten varhaiseläkkeiden ikärajan suunniteltu korottaminen 60 ikävuoteen ei nykyoloissa juurikaan vaikuta alkavien eläkkeiden määrään, sillä alle 60-vuotiaana alkavien yksilöllisten varhaiseläkkeiden määrä on jo nykyisin varsin pieni.

Kuvio 8. Alkaneiden työttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden osuus 55-64-vuotiaiden ikäryhmässä vuosina 1984-1998



Keskimääräinen eläkkeellesiirtymisikä on 59 vuotta. Tällä hetkellä 59-vuotiaita on noin 55 000. Muutamassa vuodessa 59-vuotiaita on yli 85 000. Jos eläkkeelle siirtyttäisiin entiseen tahtiin, varhaiseläkkeelle siirtyvien määrä kohoaisi suhteellisen nopeasti 1,5-kertaiseksi.

Määräaikaisen työkyvyttömyyseläkkeen tilalle kehitetty kuntoutustuki voi olla merkittävä vaihtoehto työkyvyttömyyseläkkeelle, jos kuntoutus saadaan tukemaan työllistymistä. Ensimmäiset tiedot vuoden 1996 työeläkeuudistuksen vaikutuksista viittaavat siihen, että vaikutukset ovat olleet oikeansuuntaiset. Kuntoutustukia myönnettiin vuonna 1997 enemmän kuin määräaikaista työkyvyttömyyseläkkeitä vuonna 1995. Samalla toistaiseksi myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on vähentynyt. Vuonna 1997 kuntoutustuen keskimääräinen kesto oli noin 10 prosenttia lyhyempi kuin vuonna 1995 päättyneiden määräaikaisten työkyvyttömyyseläkkeiden kesto.

Työkyvyttömyyseläkkeen syyt

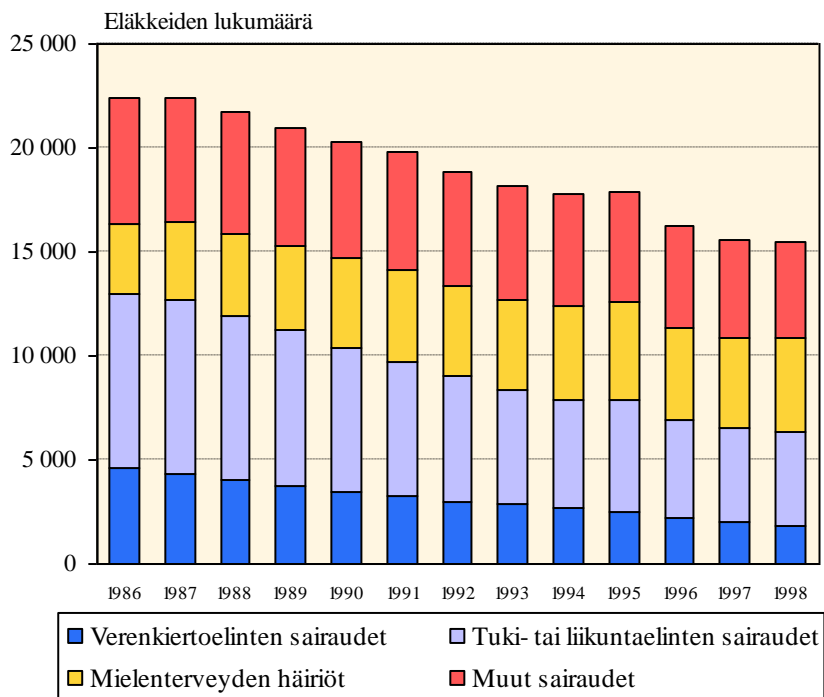
Verenkiertoelinten sairaudet työkyvyttömyyseläkkeen syynä ovat vähentyneet huomattavasti kahden viime vuosikymmenen aikana. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus suureni jyrkästi 1990-luvun alkuun asti, minkä jälkeen se on hiukan pienentynyt. Mielenterveyden häiriöiden osuudessa muutokset eivät ole olleet yhtä jyrkkiä. Viime vuosina mielenterveyden häiriöiden osuus hieman kasvanut. Kuvioissa 9 ja 10 kuvataan yksityisen sektorin kehitystä,

koska yksityisen ja julkisen sektorin yhteis-tilastoja on tehty vasta vuodesta 1996 alkaen.

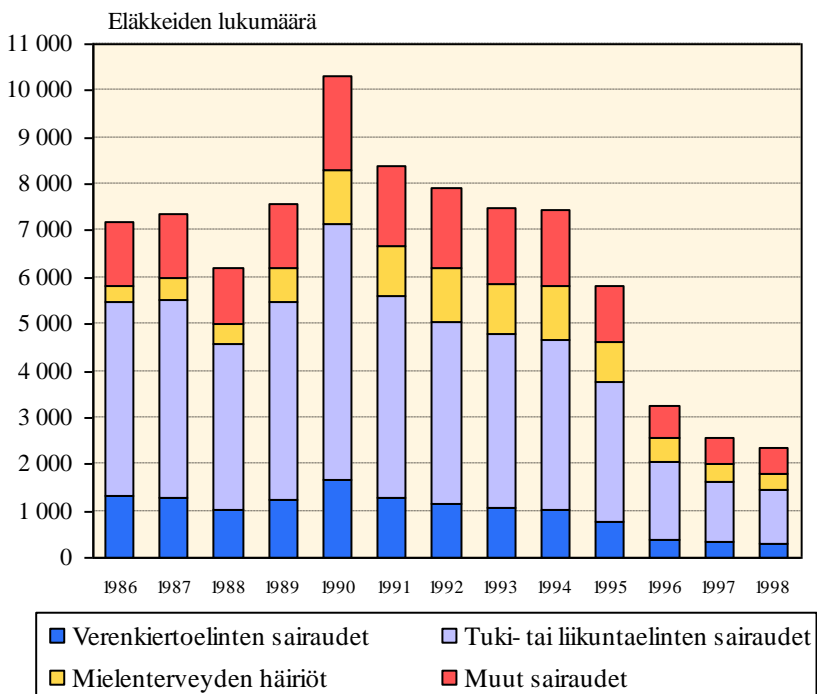
Vuonna 1997 työeläkejärjestelmässä 25 prosenttia uusista työkyvyttömyyseläkkeensaajista ja 16 prosenttia uusista yksilöllisen varhaiseläkkeen saajista joutui työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden häiriöiden perusteella. Uutta on masennuksen perusteella myönnettyjen eläkkeiden kasvu: melkein 10 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään masennuksen perusteella. Alle 45-vuotiailla mielenterveysongelmat ovat suurin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy.

Mielenterveysongelmien perusteella myönnettyjen työeläkkeiden osuuden kasvaminen on huolestuttava merkki työelämän ja tiettyjen väestöryhmien työ- ja toimintakyvyn ongelmista. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien rinnalla mielenterveyden edistäminen on suuri haaste hoito- ja kuntoutusjärjestelmälle, työelämälle ja lähiyhteisöille. Uupumuksen, masennuksen ja muiden mielenterveysongelmien hoitaminen eläketurvalla on kallista ja epätarkoituksenmukaista. Erityistä huomiota tarvitaan toisaalta ikääntyvien työntekijöiden jaksamiseen ja toisaalta nuorten mielenterveyskuntoutukseen. Nuorten mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden uhka syrjäytyä koulutuksesta ja työelämästä on suuri. Nuorten syrjäytyminen työelämästä aiheuttaa yhteiskunnalle monenlaisia pitkäaikaista kustannuksia eläkemenoina, muun sosiaaliturvan kustannuksina ja rikollisuutena.

Kuvio 9. Yksityisellä sektorilla alkaneet työkyvyttömyyseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986-1998



Kuvio 10. Yksityisellä sektorilla alkaneet yksilölliset varhaiseläkkeet syyn mukaan vuosina 1986-1998



Toimenpiteitä työkyvyn parantamiseksi ja eläkkeelle siirtymisen myöhentämiseksi

Kuntoutukseen käytetyt voimavarat ovat kasvaneet huomattavasti 1990-luvulla. Valtioneuvosto antoi Eduskunnalle kuntoutusta koskevan selonteon syksyllä 1998. Kuntoutukseen käytettyjen menojen arvioitiin kasvaneen reaalisesti 20 prosenttia vuodesta 1992 vuoteen 1997. Vuonna 1997 kuntoutuksen menot olivat arviolta 6,3 miljardia markkaa eli yksi prosentti suhteessa bruttokansantuotteeseen.

Kuntoutusselonteon mukaan kuntoutuksen suurimpiin haasteisiin kuuluvat muun muassa työikäisten työkyvyn ylläpitäminen sekä vajaakuntoisten ja vammaisten henkilöiden työllistymismahdollisuuksien parantaminen. Kuntoutusta järjestävien organisaatioiden vastuunjaon katsottiin vaativan selkeyttämistä etenkin työelämään liittyvässä kuntoutuksessa ja ammatillisessa kuntoutuksessa. Kuntoutujan osallisuutta kuntoutuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen halutaan vahvistaa kuntoutuksen vaikuttavuuden parantamiseksi.

Vastuu ammatillisen kuntoutuksen järjestämisestä jakautuu usealle taholle: Kansaneläkelaitokselle, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksille, työeläkelaitoksille, työhallinnolle ja opetushallinnolle. Vain osa kuntoutusmenoista sisältyy sosiaalimenoihin. Vuonna 1997 ammatillisen kuntoutuksen menot olivat arviolta yhteensä 975 miljoonaa markkaa. Tästä 530 miljoonaa markkaa oli palvelu- ja toimenpidemenoja ja loput 445 miljoonaa markkaa kuntoutusajan toimeentuloturvan menoja.

Kansaneläkelaitoksen on järjestettävä ammatillista kuntoutusta vakuutetulle, jonka työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman takia olennaisesti heikentyneet. Vuonna 1998 tämän kuntoutuksen menot olivat 259 miljoonaa mark-

kaa, mikä oli 16 340 markkaa kuntoutujaa kohti. Menojen ennustetaan hieman kasvavan vuonna 1999.

Työeläkelakien mukainen kuntoutus on lisääntynyt vuosittain, mutta sen osuus ammatillisesta kuntoutuksesta on edelleen pieni. Vuonna 1998 työeläkelaitokset kuntoutuivat arviolta 2 700 henkilöä noin 72 miljoonalla markalla.

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi on koottu tietoja kuntoutujien tilanteesta kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutujien elämäntilanne näyttää muuttuvan ammatillisen kuntoutuksen ansiosta myönteiseen suuntaan: työssäolevien tai aktiivisesti opiskelevien määrä on yleensä kuntoutuksen jälkeen suurempi kuin ennen kuntoutusta.

Hallitusohjelman vaativana tavoitteena on nostaa keskimääräistä työelämästä poistumisikää pitkällä aikavälillä 2-3 vuodella. Hallitus haluaa edistää toimintaa, joka tähtää entistä varhaisempaan työkyvyn menetyksen uhkan havaitsemiseen sekä kuntoutustoimenpiteiden käynnistämiseen. Hallitusohjelman tavoitteet ovat suuressä määrin yhteneviä Kansallisen ikäohjelman (1997-2002) tavoitteiden kanssa. Ikäohjelman tavoitteena on virittää työelämä, sosiaalivakuutus ja erilaiset palvelut ikääntyvien työntekijöiden työllisyyttä edistäviksi ja työssä jatkamista tukeviksi.

Työkykyä ylläpitävä toiminta (tyky) on keskeinen osa Kansallista ikäohjelmaa. Syksyllä 1998 toteutetun Tyky-barometrin aineisto koottiin 805 toimipaikasta, joista haastateltiin kolmea keskeistä tyky-toimintaan osallistuvaa osapuolta (johto, henkilöstö, työterveyshuolto). Barometrin tulosten mukaan tyky-toimintaa on lisätty, se on laajalti tunnettua ja monipuolista ja sen tuloksellisuuteen uskotaan. Tyky-toimintaan sisältyy työpaikalla useimmiten erilaisia työhön ja työympäristöön liittyviä

kehittämistoimia, työn suunnittelua ja yhteistyötä, työntekijöiden ammattitaitoa kohentavaa koulutusta, omaehtoista koulutusta ja työvälineiden käytön koulutusta. Toimintakykyä ja terveyttä edistävästä toimista eniten on järjestetty liikuntatoimintaa sekä tarjottu harrastusmahdollisuuksia. Suurin osa työntekijöistä on tyky-toiminnan piirissä. Tyky-toiminnan arvioitiin vaikuttaneen eniten työilmapiiriin ja työntekijöiden fyysisen kunnon parantumiseen. Tyky-toiminnasta katsottiin olevan taloudellista hyötyä ja toiminnan kustannusvastaavuus koettiin hyväksi.

Pienissä alle 20 henkilön toimipaikoissa tyky-toiminnan tilanne on heikempi kuin suurissa toimipaikoissa. Tämä on otettava huomioon korvauskäytäntöjä ja palvelutarjontaa kehitettäessä. Kaikkien työpaikkojen haasteena on löytää työpaikkakohtaiset kehittämistarpeet ja mitoittaa tyky-toiminta niitä vastaavaksi. Erityisesti on syytä pannaostaa työuupumuksen torjuntaan ja työpaikan muutosten hallintaan. Myös työterveyshuollon sisältöä pitää monipuolistaa. Vaikuttavan ja tuottavan työkykyä ylläpitävän toiminnan edellytys on pitkäjänteinen, riittävästi resursoitu, hyvin organisoitu ja oikein kohdistettu toiminta. Samalla on kehitettävä menetelmiä, joiden avulla tyky-toiminnan vaikutuksia ja kustannushyötyjä voidaan luotettavasti mitata ja seurata.

Työmarkkinoiden keskusjärjestöjen ja työeläkelaitosten edustajat ovat sopineet yksityisalojen eläkkeitä koskevista järjestelyistä toimitusjohtaja Kari Puron johtamassa työryhmässä. Hallitus on antanut työryhmän ehdotuksiin pohjautuvan lakiesityksen eduskunnalle lokakuussa 1999. Työttömyyseläkkeen houkuttelevuutta vähentävien esitysten lisäksi (ks. luku 2.6) hallitus esittää, että yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja nostetaan 58 vuodesta 60 vuoteen. Samalla tehostetaan 58- ja 59-vuotiaiden mahdollisuuksia kuntoutukseen velvoittamalla työeläkelaitokset tekemään kuntoutusselvitystä tänäpäiväisille työkyvyttömyys-

eläkkeen hakijoille. Osa-aikaeläkkeen alaikäraja esitetään pidettäväksi 56 vuodessa ainakin vuoden 2002 loppuun. Toimella pyritään edistämään ihmisten jaksamista työskennellä aina vanhuuseläkeikään asti.

Uudistuksia vammaisten ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen tukemiseksi

Vammaisten sosiaaliturvaa kehitetään koulutusta ja työssäkäyntiä kannustavaan suuntaan. Kuntoutusrahalakia ja kansaneläkelakia muutettiin 1.8.1999 alkaen niin, että kaikille vammaisille 16- ja 17-vuotiaille nuorille turvataan mahdollisuus ammatilliseen kuntoutukseen ja 2 100 markan suuruisen kuntoutusrahan kuukaudessa. Nuoren vajaakuntoisen kuntoutusraha on koulutusasteesta riippuen 640 - 830 markkaa suurempi kuin aiempi kuntoutusraha ammatillisessa koulutuksessa. Kuntoutusraha takaa muihin etuuksiin (lähinnä lapsilisään ja vammaistukeen) yhdistettynä entistä kilpailukykyisemmän vaihtoehdon työkyvyttömyyseläkkeelle.

Muutoksella pyritään ensisijaisesti vaikuttamaan sellaisiin vaikeavammaisiin nuoriin, jotka ovat aiemmin siirtyneet 16-vuotiaana suoraan eläkkeelle ilman tehostettua työkyvyn arviointia ja kuntoutusta. Niille nuorille, jotka aloittavat ammatillisen kuntoutuksen 16-17-vuotiaana maksetaan kuntoutusrahaa siihen asti, kunnes he ovat saavuttaneet ensimmäisen ammatillisen pätevyyden tai kuntoutus on päättynyt tuloksettomana. Työkyvyttömyyseläkettä ei siis myönnetä ennen ammatillisen kuntoutusjakson loppumista, vaikka nuori täyttäsikin 18 vuotta. Aiemmin työkyvyttömyyseläke voitiin myöntää silloinkin, kun ammatillinen koulutus oli vielä kesken, mikä ei ollut tarkoituksenmukaista eikä kannustanut siirtymään työelämään. Uudistus merkitsee, että alle 18-vuotiaalle työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää ainoastaan silloin, kun on selvitetty, että ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia ei ole, tai

kun kuntoutus on sairauden vuoksi keskeytynyt tai päättynyt tuloksettomana.

Vuonna 1998 siirtyi 16-17-vuotiaita nuoria työkyvyttömyyseläkkeelle 642 ja kuntoutustuelle 224. Vuonna 1999 uuden lainsäädännön on arvioitu aiheuttavan 0,8 miljoonan markan lisämenot, jotka johtuvat työkyvyttömyyseläkkeen ja kuntoutustuen korvaamisesta kuntoutusrahalla, kuntoutustoimenpiteillä, vammaistuilla ja lapsilisillä. Vuonna 2000 lisämenot ovat arviolta 4,4 miljoonaa markkaa. Säästöjä odotetaan vuodesta 2005 alkaen. Säästöt ovat sitä suuremmat, mitä suurempi osa kuntoutujista sijoittuu työelämään eläkkeelle siirtymisen sijaan.

Kuntoutuksena järjestettyyn oppisopimuskoulutukseen osallistuvien kuntoutujien asemaa on parannettu. Kuntoutusrahalakiin lisättiin säännös siitä, että vajaakuntoisella henkilöllä on oppisopimuksen perusteella tietyn edellytyksin oikeus Kansaneläkelaitoksen maksamaan kuntoutusrahaan oppisopimuskoulutuksen ajalta. Tämä kuntoutusrahaoikeuden laajennus aiheuttaa muutaman miljoonan lisäyksen kuntoutusrahamenoihin. Toisaalta lainsäädännön muutoksen odotetaan osaltaan parantavan vajaakuntoisten henkilöiden kouluttautumista ja työllistymisedellytyksiä ja tuovan siten pidemmällä aikavälillä yhteiskunnalle säästöjä.

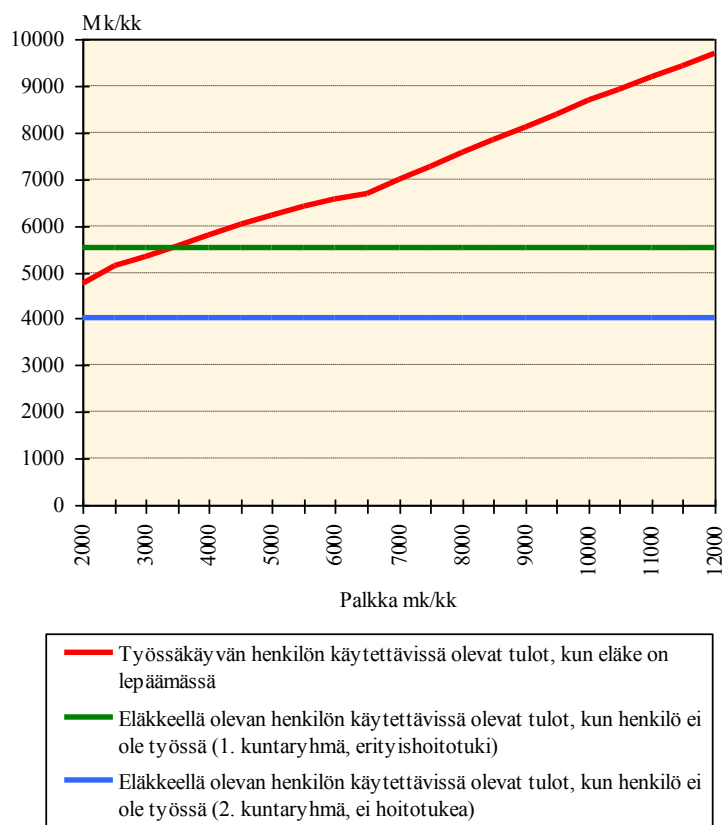
1.8.1999 tuli myös voimaan lainsäädännön uudistus, joka antaa pelkkää kansaneläkelain mukaista työkyvyttömyyseläkettä saa-

ville henkilöille mahdollisuuden jättää eläkkeensä lepäämään vähintään 6 kuukaudeksi ja enintään 2 vuodeksi. Jotta työssäkäynti olisi vammaiselle henkilölle kannattavampaa kuin eläkkeelläolo, eläkkeen lepäämisajalta maksetaan erityisvammaistuen suuruinen vammaistuki, joka on nykyisin 1 820 markkaa kuukaudessa.

Toistaiseksi myönnetyn täysimääräisen kansaneläkelain mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen saajia oli vuoden 1998 lopussa noin 48 800. Vuonna 2000 uudistuksen arvioidaan vähentävän menoja yhteensä 9 miljoonaa markkaa. Laskelmat on tehty olettaen, että vuositasolla lepäämässä olisi keskimäärin 3 000 eläkettä.

Kuvion 11 esimerkistä ilmenee, että henkilön jättäessä työkyvyttömyyseläkkeensä lepäämään, hän saavuttaa jo melko alhaisella palkkatasolla saman käytettävissä olevien tulojen tason kuin eläkkeellä ollessaan. Kuviossa eläkkeensä lepäämään jättäneen henkilön käytettävissä olevia tuloja verrataan täysimääräistä kansaneläkettä saavien henkilöiden käytettävissä oleviin tuloihin. Tulosidonnaiset yleinen asumistuki ja eläkkeensaajien asumistuki on sisällytetty bruttotuloihin. Esimerkkitapauksessa erityishoitotukeakin saanut henkilö ylittää eläkeaikaisen käytettävissä olevien tulojen tason noin 3 500 markan palkkatuloilla. Esimerkiksi 5 000 markan palkkaa saavan henkilön käytettävissä olevat tulot ovat 700 - 2 200 markkaa suuremmat kuin eläkkeellä ollessa.

Kuvio 11. Työkyvyttömyyseläkkeensä lepäämään jättävän henkilön käytettävissä olevat tulot esimerkkitapauksessa vuonna 1999



Vuoden 1999 veroperusteet, kunnallisveroprosentti 17,5 ja kirkollisveroprosentti 1,2. Vuokra 2 000 mk/kk.

Vammaisten palvelut

Tasavertaisesti saatavilla olevat, laadukkaat ja kohtuuhintaiset palvelut ja apuvälineet ovat keskeinen osa työ- ja toimintakyvyn parantamista painottavaa vammaispolitiikkaa. 1990-luvulla ovat lisääntyneet erityisesti ne vammaisten palvelut, joihin vaikeavammaisilla on subjektiivinen oikeus. Näitä palveluja ovat Kansaneläkelaitoksen järjestämä lääkinnällinen kuntoutus ja tietyt vammaispalvelulain mukaiset palvelut.

Kansaneläkelaitoksen järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujien määrä ovat kasvaneet jatkuvasti. Eniten ovat kasvaneet mielenterveyden häiriöitä sairastavien ja

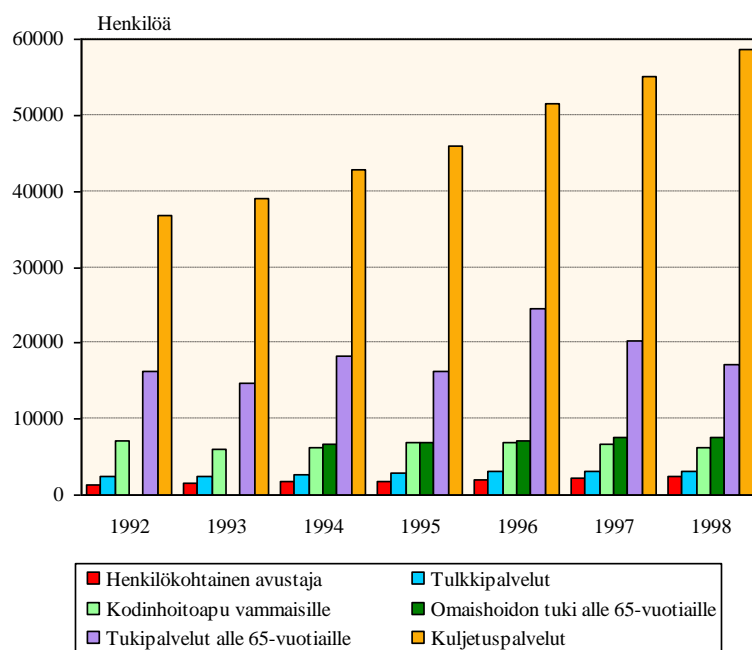
kehitysvammaisten kuntoutujien määrät. Vaikeavammaisten lasten kuntoutus on monipuolista, alle 16-vuotiaiden lasten osuus on kasvanut lähes puoleen lääkinnällistä kuntoutusta saavista vaikeavammaisista. Vuonna 1998 lääkinnällisen kuntoutuksen kustannukset olivat 346 miljoonaa markkaa eli 21 830 markkaa kuntoutujaa kohti. Kustannusarvio vuodelle 1999 on 375 miljoonaa markkaa.

Nykyinen vammaispalvelulaki on ollut kokonaisuudessaan voimassa vuodesta 1994. Vuodesta 1994 vuoteen 1997 vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien kustannukset kasvoivat reaalisesti yli kolmanneksella. Menojen kasvun voidaan ennustaa jatkuvan avohoitopainotteisen

vammaispolitiikan ja vammaispalvelujen kehittämistarpeiden johdosta. Vuonna 1998 vammaispalvelujen kustannukset olivat arviolta 715 miljoonaa markkaa. Jos oletetaan, että vammaispalvelulain mukaisia vammaispalveluja saa vuosittain arviolta 1,2 prosenttia väestöstä, vuonna 1998 vammaispalvelujen kustannukset olisivat 11 600 markkaa palvelun saajaa kohti.

Kuljetuspalvelu on selvästi laajin vammaispalvelu. Henkilökohtainen avustaja

Kuvio 12. Vammaispalveluja, kotipalvelua ja omaishoidon tukea saaneet vammaiset ja pitkäaikaissairaat henkilöt vuosina 1992-1998



Selvitysten mukaan eri vammaisryhmät eivät saa vammaispalveluja tasa-arvoisesti. Erityisenä ongelmana pidetään mielenterveyspotilaiden, kehitysvammaisten, aivo- vammaisten ja harvinaisten vammaisryhmien asemaa. Väliinputoajia on myös Kansaneläkelaitoksen järjestämässä kuntoutuksessa. Näihin kysymyksiin liittyviä muutosehdotuksia sisältyy vammaistyöryhmä 96:n ehdotuksiin.

korvattiin vuonna 1998 yhteensä 2 380 vammaiselle henkilölle. Samana vuonna kodinhoitoapua saavien vammaisten ja omaishoidon tuella hoidettavien alle 65-vuotiaiden henkilöiden määrät pysyivät lähes ennallaan. Alle 65-vuotiaiden tukipalvelun asiakkaiden määrä laski vuosina 1997 ja 1998. (Kuvio 12.)

Eriasteisesti kehitysvammaisia henkilöitä on Kansaneläkelaitoksen etuustilastojen mukaan vajaa 30 000. Heistä on vaikeavammaisia noin 6 000. Kehitysvammaisten tarvitsemat palvelut muodostuvat kaikille kansalaisille tarkoitetuista palveluista ja kehitysvammaisille tai vammaisille tarkoitetuista erityispalveluista. Kehitysvammaisten erityispalveluja käyttää 21 000 henkilöä.

Tavoitteena on ollut laitoshoidon osuuden vähentäminen kehitysvammahuollossa ja tässä on onnistuttu. Laitoshoitoa on korvattu asumispalveluilla, jotka ovat viime vuosina kohentuneet parhaiten kehitysvammaisille tarkoitetuista palveluista. Vuonna 1998 laitoshoidossa olevien kehitysvammaisten määrä väheni edelleen runsaalla sadalla henkilöllä. Vuoden lopussa kehitysvammalaitoksissa oli 3 150 henkilöä. Myös hoitopäivien määrä jatkoi vähentymistään.

Vuonna 1997 vammaisten laitoshuollossa työskenteli keskimäärin 4 300 henkilöä. Kehitysvammahuollon palvelurakenteen muutoksen onnistunut jatkaminen edellyttää, että työntekijöitä siirtyy laitoksista kuntien avopalveluihin itsenäisen asumisen tueksi. Asumispalvelujen määrä ja laatu ja erilaiset tilapäishoidon muodot avohoidossa ovat keskeisiä kehittämistarpeita. Vaikeavammaiset aikuiset tarvitsevat pieniä ryhmäkoteja.

Erityishuoltopiirien järjestämien kehitysvammaisille tarkoitettujen erityispalvelujen käyttö on vähentynyt. Tavoitteena onkin kehitysvammaisten palvelujen järjestäminen ensisijaisesti koko väestölle tarkoitettuina normaalipalveluina kotikunnassa. Erityishuoltopiirien tehtäväksi muodostuu entistä selkeämmin laitoshuollon järjestäminen ja toimiminen asiantuntijakeskuksina, jotka tukevat kuntien peruspalveluita.

Yli 65-vuotiaiden vanhempiensa luona asuu yhteensä arviolta vajaat 3 000 kehitysvammaista. Heistä suurin osa tarvitsee lähivuosina erilaisia asumispalveluja. Muita palvelutarpeita ovat kotipalvelu, perhehoito, päivätoiminta sekä omaisten ohjaus ja tukeminen. Vuonna 2000 on tarkoitus perustaa yhteistyöryhmä etsimään ratkaisuja erityisesti laitoksissa tai vanhempiensa luona asuvien vammaisten aikuisten itsenäisen asumisen ja tähän liittyvien palvelujen edistämiseksi.

Vammaisten lasten perheiden aseman parantaminen

Hoitoideologian ja -teknologian kehitys on muuttanut vammaisten lasten perheiden elämä. Yhä useampi vaikeavammaisen lapsi on kotihoidossa. Avohoitoa ja kuntoutusta painottava linjaus on saanut laajan tuen myös vammaisten lasten vanhemmilta.

Nykyinen vammaisten henkilöiden tuki- ja palvelujärjestelmä on laaja ja osin vaikeaselkoinen kokonaisuus. Tukitoimien ja palvelujen tarjonnassa ja yhteensovittamisessa on puutteita. Vaikeavammaisen lapsen perheellä saattaa olla kymmeniä yhteistyökumppaneita. Työnjako eri viranomaisien välillä ei aina toimi asiakkaan kannalta joustavasti. Yhdeksi työvälineeksi on ehdotettu hoito- ja kuntoutusverkoston yhteistä suunnitelmaa, joka sisältäisi tarpeelliset palvelut ja tuet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa suositellaan, että kunnan sosiaali- ja/tai terveystoimi osoittaa asiakkaalle palveluohjaajan, kun asiakas tarvitsee pitempikäisesti useita palvelumuotoja.

Verotuki suoraksi tueksi ja palveluiksi

Hallitusohjelman mukaan vammaispolitiikan voimavarojen kohdentamista uudistetaan vammaistyöryhmä '96:n ehdotusten perusteella. Verotuksen kautta kanavoitua tukea muutetaan suoraksi tueksi ja palveluiksi. Tarvittavat lainsäädännön muutokset valmistellaan vuoteen 2001 mennessä. Vammaistyöryhmä '96 ehdotti, että valtion ja kunnallisverotuksen invalidivähennys poistettaisiin ja tämän johdosta lisääntyvät verotulot käytettäisiin vammais- ja kuntoutuspalvelujen lisäämiseen ja suorien vammaistukien tasokorotuksiin. Tavoitteena on, että vammaispoliittinen tuki kohdentuisi ensisijaisesti vaikeavammaisten henkilöiden työ- ja toimintakyvyn parantamiseen.

Kirjallisuutta

EU:n työllisyysuuntaviivojen mukainen Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelma (1999). Työministeriö. Työhallinnon julkaisu 226. Helsinki.

Independent Living of Older Persons and Persons with Disabilities. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 1999:18 eng. Helsinki.

Kansallinen ikäohjelma 1998-2002. Sosiaali- ja terveysministeriön toimenpiteet Kansallisen ikäohjelman (1998-2002) toteuttamisessa vuosina 1998-1999. Väliraportti 2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1999:14. Helsinki.

Kehitysvammabarometri 1999 (1999). Kehitysvammaliitto ry. Tutkimus- ja kokeiluyksikkö. Helsinki.

Liikennepalvelujen kehittäminen kunnissa. KULKU-työryhmän raportti. Liikenne ministeriön julkaisuja 27/99. Helsinki.

Marjanen, M. (1999): Työpankki - vaikeimmin työllistettävien työttömien työllistämismalli. STM, OPM, TM, Kokkolan kaupunki. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1999:5. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003 (1999). Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999: 17. Helsinki.

TYKY-barometri (1999): Työkykyä ylläpitävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 1998. Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta. VNS1/1998/vp.

Valtioneuvoston 1.10.1998 kuntoutuksesta antaman selonteon tausta-aineisto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 1998:24.

Vammaistyöryhmä '96:n muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:6.

2.3. Vanhuus

	1997	1998*	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	54 100	56 300	57 800	59 600
- josta vanhuuseläkkeet (mmk)	46 600	48 500	49 900	51 600
% sosiaalimenoista	29,1	30,0	30,3	30,7
% BKT:sta	8,5	8,2	8,0	7,9
Vanhuuseläkkeensaajat 31.12.	836 700	843 900	851 100	860 800
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	22 300	21 400	21 200	21 000
Kodinhuitoapua saaneet vanhustaloudet, vuoden aikana	85 400	84 800	85 500	86 500
Tukipalveluja saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	103 300	105 600	107 700	109 800
Omaishoidontukea saaneet 65+ -vuotiaat, vuoden aikana	12 700	12 800	12 900	13 000

* ennakkotieto

** ennuste

Väestön ikääntyminen lisää vanhuusmenoja

Vanhuusmenot ovat suurin sosiaalimenoerä, arviolta 57,8 miljardia markkaa vuonna 1999. Vanhuuteen liittyvät menot ovat 30 prosenttia sosiaalimenoista ja 8 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteen. Eläkkeiden ja muiden tulonsiirtojen osuus on 90 prosenttia ja sosiaalipalvelujen osuus 10 prosenttia pääryhmän menoista. Vanhusten terveystalouden kustannukset eivät sisälly vanhuusmenoihin.

Vanhuusmenot kasvavat vuosi vuodelta. Vanhuuseläkkeiden kustannusten nousu johtuu vanhuuseläkeläisten määrän kasvusta ja eläkkeiden tason noususta. Palvelujen kustannusten kehityksen kannalta ratkaisevia asioita ovat vanhusväestön terveys ja toimintakyky sekä julkisten vanhustalouden tarjonta.

Vuoden 1998 lopussa vanhuuseläkeläisten keskimääräinen omaeläke oli 4 920 markkaa ja kokonaiseläke 5 440 markkaa kuukaudessa. Miesten kokonaiseläke oli keskimäärin 6 500 markkaa ja naisten 4 700 markkaa. Vanhuuseläkkeensaajista 57 prosenttia sai alle 5 000 markan ja 16 prosenttia yli 7 500 markan kokonaiseläkettä. Pelkän kansaneläkkeen saajien osuus van-

huuseläkeläisistä pienenee jatkuvasti. Vuoden 1999 alussa täysimääräistä kansaneläkettä sai 9 prosenttia henkilöistä, jotka saivat kansaneläkettä vanhuuseläkkeenä. Vuoden 2000 alussa yli 65-vuotiaiden työeläkkeet nousevat 1,4 prosenttia ja kansaneläkkeet 1,1 prosenttia.

Kattavan eläketurvan ja julkisten sosiaalija terveystalouden ansiosta vanhuuseläkeiän saavuttaneet henkilöt tarvitsevat toimeentulotukea harvemmin kuin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvat tai useimpien muiden maiden vanhuuseläkeläiset. 1990-luvulla toimeentulotukea on saanut vuosittain 2-3 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä. Vuonna 1998 toimeentulotukea saaneiden yli 65-vuotiaiden kotitalouksien määrä laski 9 prosenttia. Toimeentulotuen saannin kesto on vanhuksilla yleensä lyhytaikaista.

Yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn kehitys

Suomessa 65-vuotiaiden miesten odotettavissa oleva elinikä oli vuonna 1997 keskimäärin 15,0 vuotta ja naisten 18,9 vuotta. 80-vuotias nainen voi odottaa elävänsä keskimäärin 8,1 vuotta ja mies 6,6 vuotta. Suomalaisten naisten keskimääräinen odotettavissa oleva elinikä on maailman pisin ja miestenkin elinikä on pidentynyt.

Kuitenkin esimerkiksi 65-vuotiaiden odotettavissa oleva elinikä on sekä naisilla että miehillä lähes 3 vuotta lyhyempi kuin tilastojen kärkimaassa Japanissa.

Kattavia ja vertailukelpoisia tutkimuksia iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn kehityksestä on vähän. Vuosina 1979-1981 tehdyn Mini - Suomi -tutkimuksen ja vuonna 1997 tehdyn FINRISKI-97 tutkimuksen tulosten vertailu osoittaa, että 65-74-vuotiaiden toimintakyky on monelta osin kohentunut. Samansuuntaisia tuloksia on saatu alueellisissa tutkimushankkeissa. Yli 75-vuotiaiden toimintakykyä on seurattu vähemmän, mutta on tutkimustuloksia, joiden mukaan myös vanhimpien ikäryhmien toimintakyky on parantunut.

OECD:n arvion mukaan iäkkäiden toimintakyvyn paraneminen on koskenut selvimmin 65-80-vuotiaita. Toimintakykyiset elinvuodet - määriteltynä kykyä selviytyä itsenäisesti jokapäiväisestä elämästä - muodostavat eräissä OECD-maissa tehtyjen tutkimusten mukaan keskimäärin 45-80 prosenttia 65-vuotiaiden jäljellä olevista elinvuosista. Vakavat toimintakyvyn rajoitukset ajoittuvat yleensä 1-2 viimeiseen elinvuoteen.

Yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakyky todennäköisesti paranee tulevaisuudessaakin. Lyhyellä aikavälillä muutokset ovat kuitenkin pieniä. Ikään liittyy kasvava toimintakyvyn heikkenemisen riski, joten vanhusväestön määrän kasvu ja eliniän piteneminen lisäävät avun ja palvelujen tarvetta väestötasolla. Yli 80-vuotiaiden määrän kasvussa Suomi tulee olemaan maailman kärkimaita.

Esteetön elinympäristö tukee itsenäistä selviytymistä

Väestön ikääntyminen asettaa kasvavia haasteita asuin- ja elinympäristöjen kehittämiselle. Asuin- ja elinympäristö ja palvelut muodostavat vanhusten toimintakyvyn

kannalta tärkeän kokonaisuuden. Vanhusten toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä voidaan parantaa yhdyskuntasuunnittelun, kaavoituksen sekä asunto- ja liikennepolitiikan keinoin. Palveluasuntojen rakentamisen ja sosiaali- ja terveystalvelujen tarvetta voidaan vähentää, kun elinympäristöjen ja asuntojen suunnittelun lähtökohdaksi otetaan kaikenikäisille soveltuva elinympäristö ja asunnot.

Perinteisten puutteellisen asumisen kriteerien mukaan enää arviolta joka seitsemäs yli 65-vuotias asuu puutteellisesti. Keskuslämmitys, lämminvesi, viemäri ja sähkö eivät kuitenkaan yksinään takaa vanhuksen selviytymistä; huomattava osa vanhuksista asuukin omatoimisen selviytymisen kannalta huonossa ympäristössä, esimerkiksi hissittömässä kerrostalossa tai tilaratkaisuiltaan toimimattomassa asunnossa alueella, jonka kauppa- ja muut lähipalvelut ovat heikentyneet. Kolmikerroksissa taloissa on vain harvoin hissi ja useampikerroksistakin taloista se puuttuu lähes joka viidennestä talosta. Vuonna 1997 hissittömässä kerrostaloissa asui 105 000 yli 65-vuotiaasta asukasta. Heistä 32 000 asui nelitai useampikerroksisessa talossa, josta puuttuu hissi. Asuin- ja muun elinympäristön puutteita maksetaan palveluiden kustannuksina ja vanhusten elämänlaadun heikkenemisenä, turvattomuutena ja yksinäisyytenä.

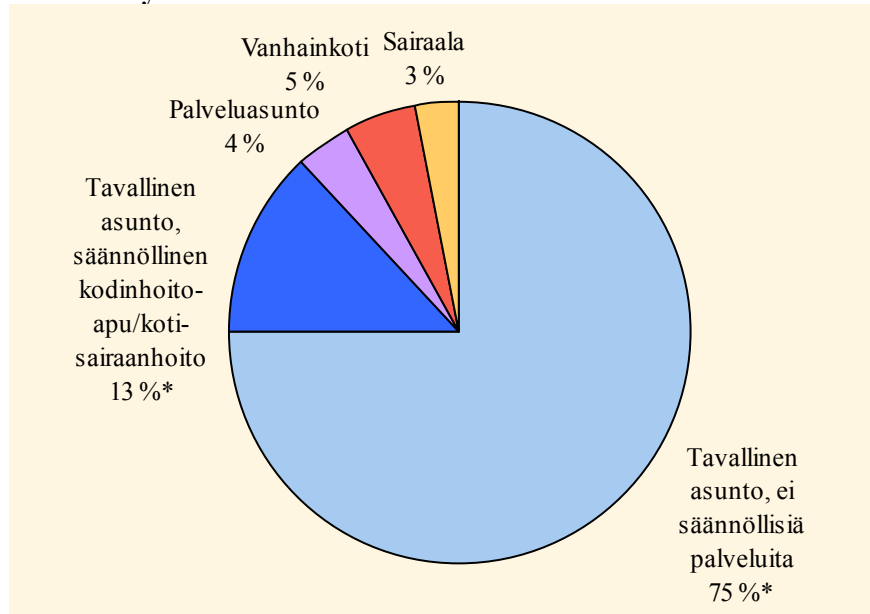
Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000-2003 ohjataan kuntia huolehtimaan siitä, että rakennusalan, asuntotoimen ja sosiaalitoimen välillä toimii asianmukainen yhteistyö. Kuntia kannustetaan parantamaan kotihoidon edellytyksiä kunnostamalla asuntoja sekä hyödyntämällä uutta teknologiaa ja apuvälineitä. Vuonna 2000 käynnistetään hanke edullisen hissien yhteishankintamettelyn sekä uudenlaisten hissivaihtoehtojen kehittämiseksi.

Avopalveluja tarvitaan lisää

Yli 75-vuotiaista suurin osa, 88 prosenttia, asuu kotona tavallisessa asunnossa. Valtaosa heistä ei tarvitse säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viikoittaisten kotona annettavien palvelujen (kotipalvelu ja/tai kotisairaanhoito) piirissä on

noin 13 prosenttia yli 75-vuotiaista. Palveluasunnoissa asuu 4 prosenttia ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa 8 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä (kuvio 13). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten määrä ja osuus yli 75-vuotiaista ovat pienentyneet koko 1990-luvun.

Kuvio 13. 75 vuotta täyttäneiden asumismuodot vuonna 1998



*) Tavallisessa asunnossa asuvien jako palveluiden säännöllisiin käyttäjiin ja muihin perustuu vuoden 1997 tietoihin

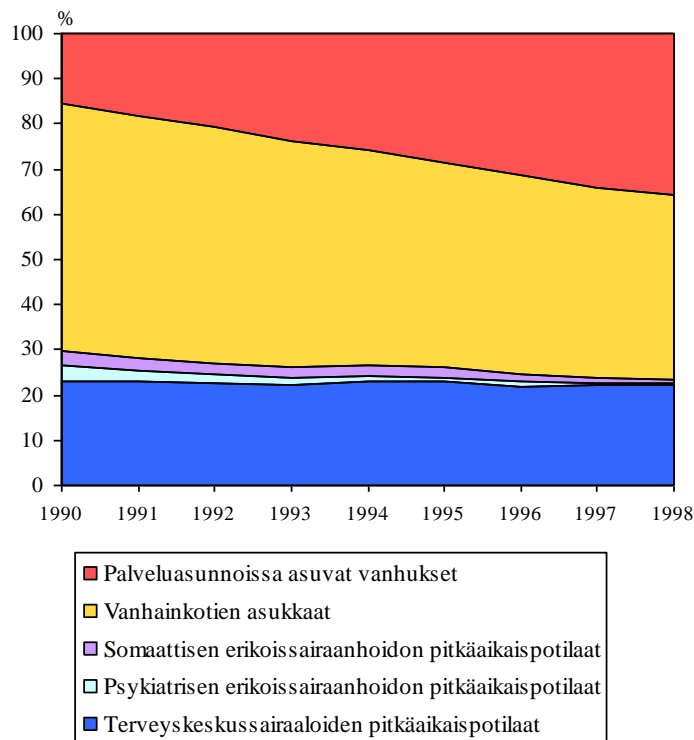
Lähteet: Kauppinen 1998 ja SOTKA

Kuntien järjestämien vanhuspalvelujen rakenne on vajaassa 10 vuodessa muuttunut merkittävästi. Pitkäaikainen laitoshoido on

vähentynyt. Sitä on korvattu pääasiassa palveluasumisella (kuvio 14).

Kuvio 14. Vanhusten laitoshoidon ja palveluasumisen rakenne vuosina 1990-1998

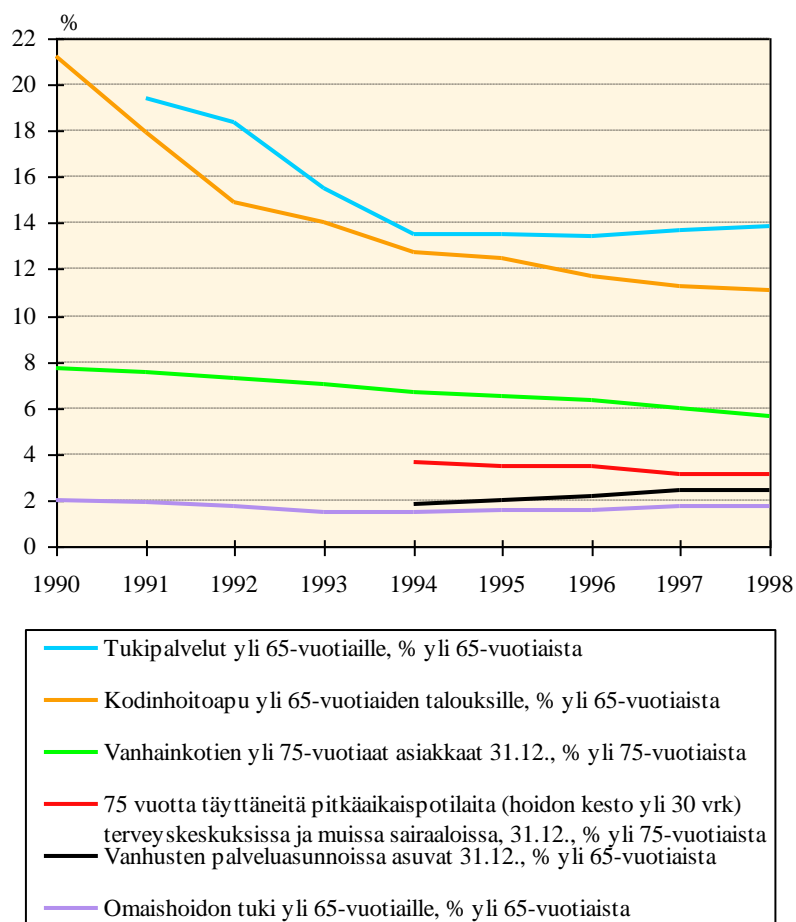
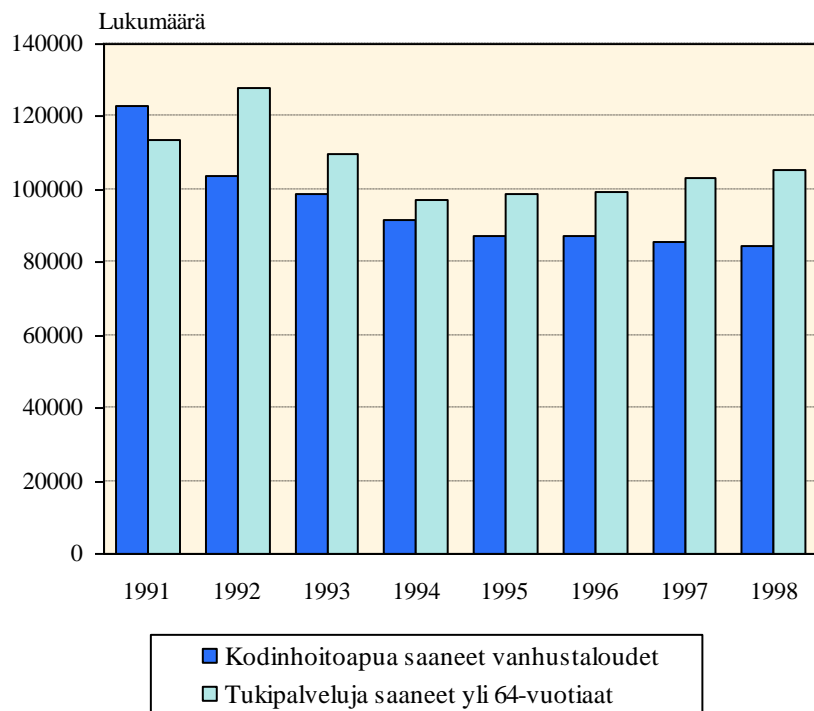
Vanhainkotien ja palveluasuntojen asukkaat sekä sairaaloiden yli 75-vuotiaat pitkäaikaishoitajat



Lähde: Kauppinen, 1999

Tavallisissa asunnoissa asuvien vanhusten avopalvelujen lisääminen ja kehittäminen on jäänyt monissa kunnissa vähäisemmäksi kuin palveluasuntojen järjestäminen. Kotipalvelujen kattavuus alentui jyrkästi etenkin 1990-luvun alkupuolella, kun kotipalveluja keskitettiin iäkkäimmille ja huonokuntoisimmille vanhuksille (kuviot 15 ja 16). Asiakkaiden kokonaismäärä on pienentynyt, mutta avun määrä asiakasta kohti on kasvanut. Vanhusten kodinhoitoavun asiakkaiden määrän pieneneminen jatkui, joskin vähäisenä, vuonna 1998. Tukipalvelujen käyttö on pysynyt vähäisempänä kuin 1990-luvun alussa, minkä yhtenä syynä on pidetty niiden vapaata hinnoittelua.

Kuntien kotipalveluhenkilöstö kasvoi vuosina 1996 ja 1997, mutta kääntyi lievään laskuun 1998. Vuonna 1998 kotipalvelussa työskenteli keskimäärin 13 700 henkilöä. Suurin osa kotipalvelun henkilöstön työpanoksesta kohdistuu vanhustalouksille. Henkilöstöä on kuitenkin liian vähän. Kiire ja palvelujen tiukka kohdentaminen johtavat usein puutteisiin ehkäisevässä ja kuntouttavassa toiminnassa ja siihen, että vanhusten ja heidän omaistensa luottamus palvelujen saamiseen vähenee ja aiheuttaa turvattomuutta. Tämä voi lisätä palveluasuntojen ja laitoshoidon kysyntää.

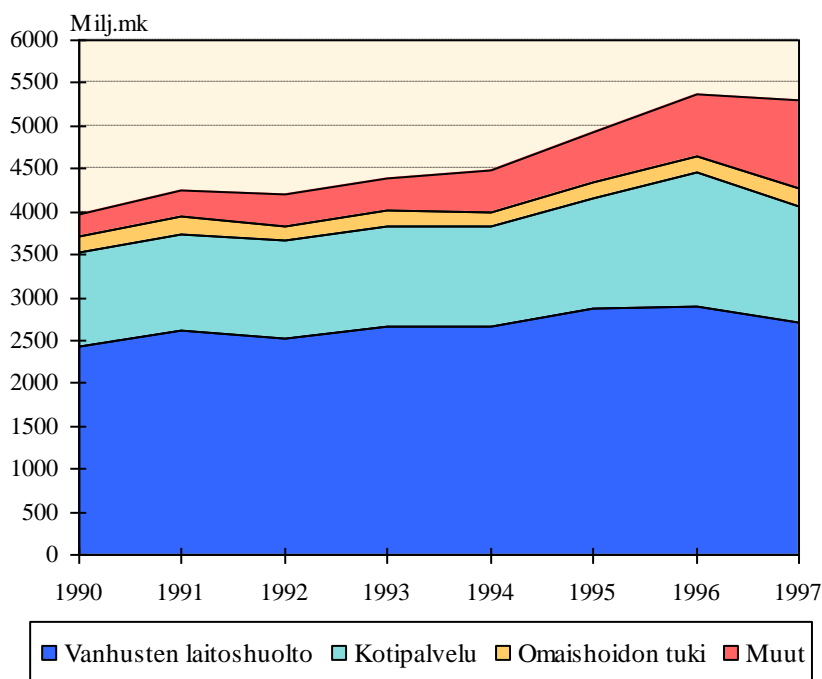
Kuvio 15. Keskeisten vanhushpalvelujen saajien prosenttiosuudet vuosina 1990-1998**Kuvio 16. Kodinhoitoapua ja tukipalveluja saaneet yli 64-vuotiaat vuosina 1991-1998**

Kotisairaanhoidon kaikkia asiakkaita ei tilastoida ikäryhmittäin. Vuoden 1997 marraskuussa säännöllisen kotihoidon yli 65-vuotiaista asiakkaista 12 720 sai pelkästään kotisairaanhoidtoa ja 14 430 kotisairaanhoidtoa ja kodinhoitoapua.

Omaishoidon tuen saajilla on ollut vuoden 1998 alusta alkaen lakisääteinen oikeus pitää vapaata vähintään vuorokausi sellaista kuukautta kohti, jonka aikana hoitaja on sidottu hoitoon päivittäin. Vuonna 1998 lakisääteisellä omaishoidon tuella hoidettiin 12 800:aa yli 65-vuotiaasta henkilöä eli sama määrä kuin edellisenä vuonna. Kuntien maksamien hoitopalkkioiden keskimääräinen taso on noussut. Vuonna 1998 se oli runsaat 1 700 markkaa kuukaudessa. Palkkioiden tasossa on suuria kuntien välisiä eroja. Vuonna 1998 omaishoidon tuella arvioitiin säästettävän laitoshoidon kustannuksia yhteensä 1,3 miljardia markkaa vuodessa. Suurimmat säästöt kunnat saavat vanhusten laitoshoidon kustannuksissa.

Vanhusten sosiaalipalveluja saavat lähinnä 75 vuotta täyttäneet. Yli 75-vuotiaan väestön määrä kasvoi 11 prosenttia vuodesta 1990 vuoteen 1997. Samalla aikavälillä vanhusten sosiaalipalveluihin käytetyt menot (ilman asiakasmaksuja) kasvoivat reaalisesti 18 prosenttia. Eniten kasvoivat palveluasumiseen, päiväkeskustoimintaan ja muihin uudentyypisiin palvelumuotoihin käytetyt menot. Sen sijaan vanhusten vanhainkotihoidon menot alenivat reaalisesti 1,8 prosenttia. Vanhainkotien hoitopäivien määrä on laskenut jatkuvasti. Vuodesta 1997 vuoteen 1998 hoitopäivät vähenivät 1,7 prosenttia. Vuonna 1997 vanhainkotihoidon käyttökustannukset hoitopäivää kohti olivat 340 markkaa ilman asiakasmaksuja ja 440 markkaa asiakasmaksut mukaan lukien. Samana vuonna vanhainkotihoidon osuus oli arviolta puolet vanhusten sosiaalipalveluiden kustannuksista. (Kuvio 17.)

Kuvio 17. Vanhusten sosiaalipalveluiden kustannukset vuosina 1990-1997
Ilman asiakasmaksuja, kiintein vuoden 1997 hinnoin



Laitoshoidon laatu

Laitoshoidossa on tapahtunut 1990-luvulla monia muutoksia. Samalla kun pitkäaikainen laitoshoido on vähentynyt, hoidettavien keski-ikä on noussut. Vanhukset siirtyvät pitkäaikaiseen laitoshoidoon aiempaa huonokuntoisempina. Kuntien taloudellinen tilanne ja hoidon porrastuksessa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet henkilökunnan määrään ja laatuun sekä pitkäaikaispotilaita hoitavien sairaaloiden osastojen toimintaan. Osa henkilöstöstä on palkattu työllisyysvaroin, jolloin henkilöstön vaihtuvuus on suurta. Lisäksi osa terveyskeskusten vuodeosastoista on muutettu erikoissairaanhoidon potilaiden jatkohoitoa antaviksi osastoiksi, joissa hoidetaan paljon myös muita kuin iäkkäitä pitkäaikaispotilaita. Kehitykseen sisältyy ongelmia pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevien vanhusten hoidon laadun kannalta.

Laitoshoidon tilanne ja laatu vaihtelee alueittain ja laitoksittain. Hoidon laatu on sidoksissa moniin asioihin: hoidettavien toimintakykyyn, hoitohenkilökunnan mitoitukseen ja rakenteeseen, fyysiseen hoitoympäristöön, käytettävissä oleviin taloudellisiin voimavaroihin sekä hoito- ja johtamiskulttuureihin. Vanhusten laitoshuollon henkilöstön määrä väheni vuonna 1998 runsaalla 400:lla henkilöllä 18 240 työntekijään.

Ongelmista huolimatta 1990-luvulla on tapahtunut myös edistystä. Kuntiin on esimerkiksi enenevässä määrin perustettu erilisiä, pienimuotoisia dementiayksiköitä. Osastoja on jaettu pienempiin yksiköihin joko muuttamalla fyysisiä rakenteita tai sopimalla uudenaikaisesta vastuunjaosta. Kehittämishankkeissa on saatu aikaan käytäntöjen ja hoitokulttuurien muutoksia kuten rutiininomaisten toimintojen vähentämistä ja korvaamista yksilöllisemmällä hoidolla ja päivärytmillä.

Painopisteiksi ehkäisevä ja kuntouttava toiminta sekä laatu

Vanhusten palvelujen kehittäminen voi tapahtua vahvistamalla ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa sekä lisäämällä ja monipuolistamalla avopalveluja. Asumisesta ja palveluista on muodostettava toimivia kokonaisuuksia. Erilaisten lähipalvelujen saatavuuteen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Mitä laajempi valikoima erilaisia palveluita on tarjolla, sitä joustavampaa ja sopivampaa apua ja tukea toimintakyvyltään erilaiset vanhukset voivat saada. Kokemukset osoittavat, että kun varataan riittävät voimavarat ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan, laitoshoidon kustannuksissa saadaan merkittäviä säästöjä. Kuntouttavan työotteen vahvistamista tarvitaan myös laitoshoidossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman yhtenä toimenpidesuosituksena on, että kunnat tarjoaisivat yli 80-vuotiaille ehkäiseviä kotikäyntejä. Kotikäyntien yhteydessä arvioidaan toimintakykyä, asunto-olosuhteita ja palvelutarpeita. Kuntien laadunhallintatyön tueksi valmistellaan eri tahojen yhteistyönä laatusuosituksia muun muassa vanhuspalveluihin.

Stakes toteuttaa yhdessä kuntien kanssa vanhusten laitoshoidon kehittämisprojektin vuosina 2000-2003. Tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja monipuolistaa palveluvalikoimaa. Samalla parannetaan henkilöstön osaamista erityisesti dementoituneiden vanhusten hoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriö varaa määrärahan sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutuksen tukemiseksi yhtenä painoalueena dementiapotilaiden hoito.

Julkisen palvelutuotannon rinnalle on vanhuspalveluissa kasvavassa määrin otettu käyttöön uusia palvelujen tuotanto- ja rahoitustapoja. Palvelusetelillä voidaan luoda hoitoon lisää vaihtoehtoja ja valinnanvapautta kunnan järjestämien palveluiden täydennykseksi. Palvelusetelitä voidaan ottaa käyttöön silloin, kun asiakas voi arvioida niiden vaikuttavuutta, laatua ja kustannuksia suhteellisen helposti ja kun palvelutarjonta on riittävää. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla arvioidaan eri palvelusetelikoekilujen tulokset ja valmistellaan esitys palvelusetelikäytäntöjen soveltamisesta.

Vanhusten palvelujen rahoitus

Palvelujen rakenteen muutoksen arvioidaan hillinneen vanhuspalvelujen kustannusten kasvua. Palvelurakenteen osuutta kustannuskehityksessä on kuitenkin vaikea erottaa lamavuosien seurauksista, palvelujen uudelleenkohdentamisen vaikutuksista ja muista tekijöistä. Palvelurakenteen muutos on myös vaikuttanut eri rahoittajien osuuteen vanhuspalvelujen kokonaisrahoituksesta.

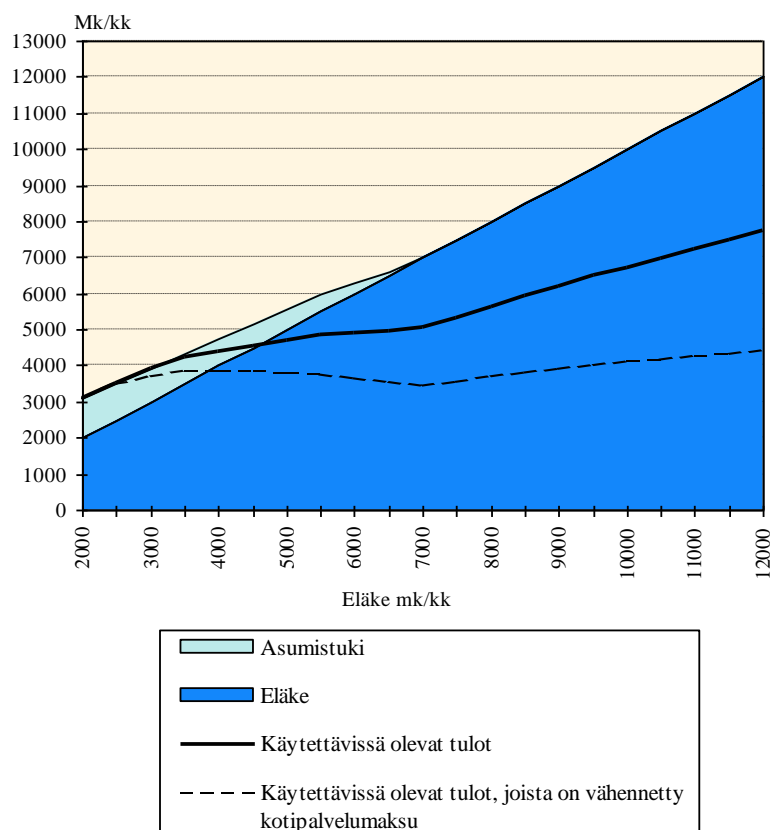
Sosiaalipalveluissa asiakkaiden osuus palvelujen rahoituksesta on suurempi kuin terveyspalveluissa. Asiakkaiden rahoitusosuus vaihtelee kuitenkin huomattavasti eri sosiaalipalveluissa. Esimerkiksi vanhusten palveluasumisessa ja tukipalveluissa, joiden maksuista kunnat päättävät suhteellisen vapaasti, se on yleensä selvästi suurempi kuin vanhainkotihoitossa.

Palvelut, asuminen ja rahana maksettavat etuudet muodostavat kiinteän kokonaisuuden vanhuksen selviytymisen kannalta. Kansaneläkelaitoksen maksamat etuudet ovat sidoksissa asumismuotoon. Kansaneläkettä maksetaan alennettuna pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille.

Asumistukea, hoitotukea ja sairaanhoitokorvauksia maksetaan vain muille kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleville henkilöille. Vanhuspalvelujen rakenne vaikuttaa kuntien ja Kansaneläkelaitoksen väliseen kustannustenjakoon siten, että avo- ja erilaisen välimuotoisen hoidon yleistyminen lisää Kansaneläkelaitoksen kustannuksia.

Asiakkaan kannalta nykyinen palvelujen rahoitusjärjestelmä ja maksupolitiikka eivät tue parhaalla mahdollisella tavalla pyrkimystä kotihoidon ensisijaisuuteen. Säännöllisen kotona annettavan hoidon, tukipalvelujen, asumispalvelujen ja laitoshoidon maksut määräytyvät eri perustein. Vanhusten asuminen omassa kodissaan on yleensä yhteiskunnalle kokonaiskustannuksiltaan edullisempaa kuin laitoshoido. Jotta avohoitopainotteisen palvelupolitiikan edellytykset olisivat mahdollisimman hyvät, kotona annettavan hoidon tulisi olla edullisempaa myös palvelun käyttäjille. Nykytilanteessa heidän saattaa olla taloudellisesti edullisempaa asua laitos- kuin avohoidossa, sillä pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksu (80 % nettotuloista) kattaa asumisen, hoidon, ylläpidon ja lääkkeet. Sen sijaan avohoidossa oleva vanhus maksaa asiakasmaksun lisäksi muun muassa asumismenot, ruoan ja lääkkeet.

Maksujärjestelmän oikeudenmukaisuuden kannalta on tärkeää, etteivät maksut aiheuta tuloloukkua. Tuloloukku on tilanne, jossa kotitalouden palvelumaksujen jälkeen käytettävissä olevat tulot pienenevät, vaikka bruttotulot kasvavat. Vanhustalouksien tuloloukut johtuvat progressiivisen verotuksen, tulovähenteisten tukien - lähinnä asumistuen - ja bruttotulojen mukaan nousevan kotona annettavan palvelun asiakasmaksun yhteisvaikutuksesta (kuvio 18).

Kuvio 18. Yksin asuvan eläkkeensaajan tulonmuodostus esimerkkitapauksessa vuonna 1999

Vuoden 1999 veroperusteet, kunnallisveroprosentti 17,55 ja kirkollisveroprosentti 1,2. Korkein asiakasmaksuasetuksen sallima jatkuvan ja säännöllisen kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon kuukausimaksu. Vuokra 1 700 mk/kk.

Kirjallisuutta

Euroopan yhteisöjen komissio (1999): Kaikenikäisten Eurooppaan. Hyvinvoinnin ja sukupolvien solidaarisuuden puolesta. Komission tiedonanto. Bryssel 21.05.1999. KOM (1999)221.

Independent Living of Older Persons and Persons with Disabilities. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 1999:18 eng. Helsinki.

Kauppinen, S. (1998): Kotihoito 1997. Tilastoraportti 32/1998. Stakes. Helsinki.

Kauppinen, S. (1999): Vanhustenhuollon palvelurakenne muuttuu. Muistio 13.10.1999. (Julkaisematon).

OECD (1999): A Caring World. The New Social Policy Agenda. OECD. 1999.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003 (1999). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Vaarama, M., Rintala T., Eteläpää-Vainio, S., Sinervo, T. (1999): Omaishoidon tuki sosiaali-

lipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta vuonna 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1999:6. Helsinki.

Vaarama, M., Törmä S. ja Laaksonen, S. (1999): Omaishoitajien tuen tarve ja palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikokeilun loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:10. Helsinki.

Vanhusbarometri (1999). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki.

2.4. Leskien ja muiden omaisten sosiaaliturva

	1997	1998 *	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	7 181	7 400	7 800	8 200
- josta perhe-eläkkeet (mmk)	6 941	7 150	7 550	7 900
% sosiaalimenoista	3,9	3,9	4,1	4,2
% BKT:sta	1,1	1,1	1,1	1,1
Leskeneläkkeen saajat 31.12.	243 450	247 550	258 600	266 100
Lapseneläkkeen saajat 31.12.	29 350	28 900	28 900	28 900

Vuonna 1999 perhe-eläkkeitä ja hautausavustuksia maksetaan arviolta 7,8 miljardia ja vuonna 2000 lähes 8,2 miljardia markkaa. Tämä on noin 4 prosenttia sosiaalimenojen kokonaissummasta. Vuoden 1990 perhe-eläkeuudistus kasvattaa edelleen leskeneläkkeiden saajien määrää. Uudistuksen myötä mieslesket sekä tietyin edellytyksin myös entiset puoliset saivat perhe-eläkeoikeuden.

Perhe-eläkkeet koostuvat pääosin leskeneläkkeistä. Näiden eläkkeiden määrä on kasvanut tasaisesti väestön vanhetessa. Vuoden 1999 lopussa leskeneläkettä saa arviolta vajaat 260 000 henkilöä. Vuonna 1998 keskimääräinen leskeneläke oli 2 268 markkaa kuukaudessa.

Lapseneläkkeitä on maksettu vuosittain noin 29 000 lapselle. Vuonna 1998 keskimääräinen lapseneläke oli 1 556 markkaa kuukaudessa.

2.5. Perheet ja lapset

	1997	1998 *	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	22 810	23 400	23 700	23 900
- josta toimeentuloturvaa (mmk)	13 874	14 000	13 900	14 000
% sosiaalimenoista	12,3	12,5	12,5	12,3
% BKT:sta	3,6	3,4	3,3	3,2
Vanhempainpäivärahaa saavat äidit 31.12.	49 900	48 400	48 400	48 200
Lapsia kunnallisessa päivähoidossa 31.12.	219 700	218 500	220 000	218 000
Kotihoidon tukea saavia perheitä 31.12.	75 500	74 400	72 000	71 500
Yksityisen hoidon tukea saavat lapset 31.12.	9 700	12 800	14 000	14 000

* ennakkotieto

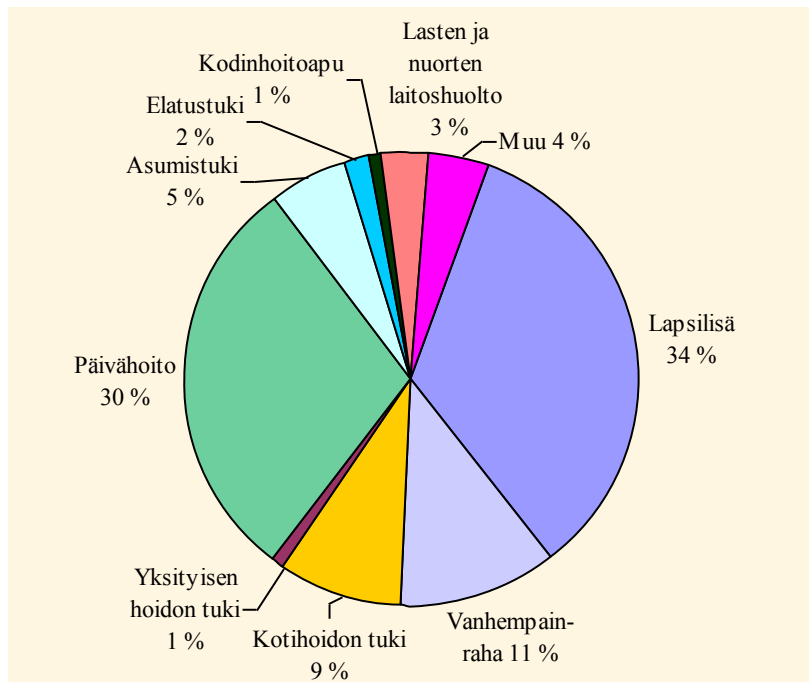
** ennuste

Lapsilisien ja päivähoidon kautta eniten tukea lapsiperheille

Perhepoliittisen tuen tavoitteena on kattaa lasten huollosta ja hoidosta aiheutuvia kustannuksia niin, ettei lapsesta aiheudu perheelle liiallista taloudellista raskautta. Vuonna 1998 perhepoliittinen tuki oli vajaa 25 miljardia markkaa eli noin 3,6 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen.³ Perhepoliittisen tuen menot eivät ole viime vuosina sanottavasti muuttuneet. Suurin tuki lapsiperheille tulee lapsilisien ja lasten päivähoidon kautta (kuva 19).

Lapsilisistä aiheutuneet menot olivat 8,4 miljardia markkaa vuonna 1998. Viime vuosina lapsilisämenot ovat jonkin verran alentuneet syntyvien lasten määrän vähenemisen seurauksena ja kehityksen arvioidaan jatkuvan samansuuntaisena. Vuodesta 1994 lähtien yksinhuoltajan lapsista on maksettu korotettua lapsilisää. Yksinhuoltajakorotusta saavien lasten määrä on koko ajan kasvanut. Vuoden 1998 lopussa yksinhuoltajakorotusta maksettiin 154 000 lapsesta, mikä on 3 400 lasta enemmän kuin edellisellä vuonna.

³ Perhepoliittinen tuki on hieman laajempi käsite kuin pääryhmän perheet ja lapset menot. Mukaan lasketaan muun muassa lapsiperheille maksettu yleinen asumistuki, joka sosiaalimenoluokituksessa sisältyy kohtaan asuminen.

Kuvio 19. Perhepoliittisen tuen jakautuminen vuonna 1998

Vanhempainpäivärahoja maksettiin 2,7 miljardia markkaa vuonna 1998. Viime vuosina vanhempainpäivärahamenot ovat jatkuvasti vähentyneet syntyneiden lasten määrän vähentyessä. Menojen supistumiseen on vaikuttanut myös se, että lamavuodet kasvattivat vähimmäisvanhempainpäivärahaa saavien äitien osuutta 6 prosentista 28 prosenttiin.

Vuoden 1998 ennakkotietojen mukaan lasten päivähoiton kokonaismenot ovat noin 350 miljoonaa markkaa suuremmat kuin edellisenä vuonna. Tämä johtuu päivähoitossa olevien lasten määrän kasvamisesta. Työllisyyden paraneminen on lisännyt päivähoitopaikkojen tarvetta. Vuonna 1998 lasten päivähoiton kokonaismenot ovat ennakkotietojen mukaan 8,5 miljardia markkaa, josta noin 15 prosenttia katetaan päivähoitomaksuilla.

Vuonna 1998 lakisääteisen lasten kotihoidon tuen menot olivat 2,0 miljardia markkaa, joka oli 128 miljoonaa markkaa enemmän kuin edellisvuonna. Uutena tu-

kimuotona käyttöön tulleen yksityisen hoidon tuen menot olivat 107 miljoonaa markkaa. Osittaisen hoitorahan käyttö on jäänyt erittäin vähäiseksi. Lakisääteisiä tukia kunnat voivat täydentää maksamalla kuntakohtaisia lisiä. Vuonna 1998 Kansaneläkelaitoksen kautta maksettiin kuntakohtaisia lisiä kotihoidon tukeen 191 miljoonaa markkaa ja yksityisen hoidon tukeen 57 miljoonaa markkaa. Maksamalla kuntakohtaisia lisiä kunnat pyrkivät vähentämään kunnallisen päivähoiton kysyntää. Varsinkin suuret kunnat ovat ottaneet kuntakohtaisia lisiä käyttöön.

Vuonna 1998 lapsiperheille maksettiin asumistukea 1,3 miljardia, mikä on noin 64 miljoonaa enemmän kuin edellisenä vuonna. Kasvu johtui asumistuen tasoon vuoden 1998 alussa tehdyistä parannuksista. Asumistukea maksettiin 82 000 lapsiperheelle, joista 61 prosenttia oli yksinhuoltajaperheitä. Asumistukea saavia lapsiperheitä on jonkin verran vähemmän kuin edellisenä vuonna.

Pienten lasten hoitojärjestelyt

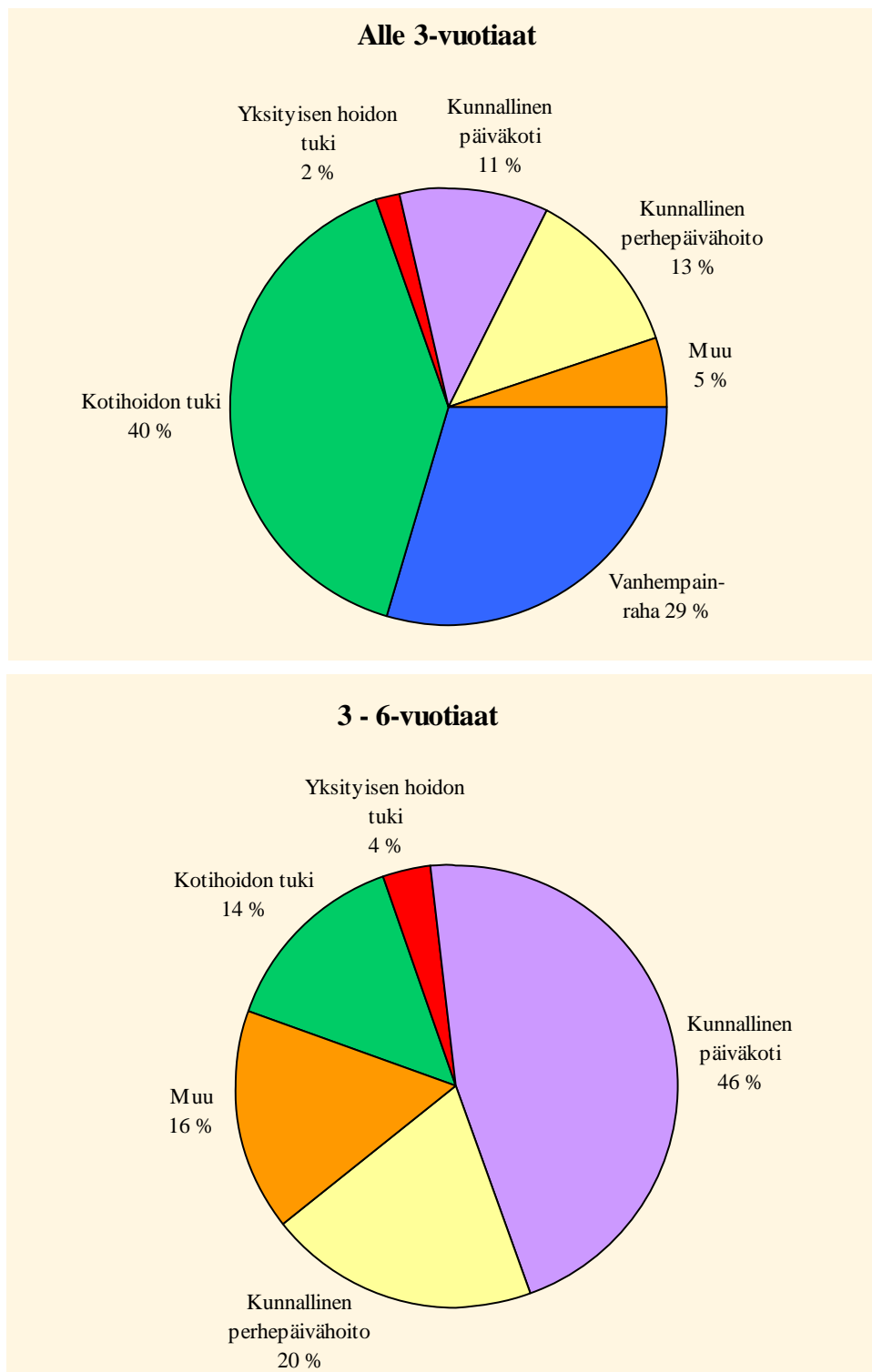
Pienten lasten hoitojärjestelyissä on tapahtunut 1990-luvulla huomattavia muutoksia. Vuodesta 1990 lähtien vanhemmilla on ollut oikeus saada alle kolmevuotiaalle lapselleen joko kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai perhe on voinut valita lasten kotihoidon tuen. Vuodesta 1996 lähtien oikeus kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan laajeni koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä lapsia. Pienten lasten hoidon tukijärjestelmiä uudistettiin 1.8.1997 alkaen. Uudistuksen tavoitteena oli selkeyttää ja yksinkertaistaa tukijärjestelmiä sekä yhtenäistää kuntien päivähoitomaksujen määrätymisperusteita.

Vuoden 1999 alussa alle kouluikäisistä lapsista oli kunnan järjestämässä päivähoidossa 48 prosenttia ja kotihoidon tukea maksettiin 25 prosentista (kuvio 20). Viime vuosina yksityisen päivähoidon osuus on ollut erittäin vähäinen eikä siitä ole ollut saatavissa tilastoja. Yksityisen hoidon tukea sai noin 3 prosenttia lapsista. Tuettujen

hoitojärjestelmien ulkopuolelle jäi noin 12 prosenttia lapsista eli yli 50 000 lasta. Nämä lapset ovat joko työttömien kotona hoitamia lapsia tai kotona hoidettuja kolme vuotta täyttäneitä lapsia, joilla ei ole alle kolmevuotiaista sisarusta, joka oikeuttaisi lapset lasten kotihoidon tuen piiriin.

Alle kolmevuotiaista lapsista vain 26 prosenttia oli hoidossa kodin ulkopuolella. Valtaosa (69 %) lapsista hoidettiin pääasiassa kotona kotihoidon tuen tai vanhemman avulla. Alle 3-vuotiaista lapsista 5 prosenttia ei ollut minkään tukijärjestelmän piirissä. Nämä lapset lienevät pääasiassa työttömien lapsia. Kotona oleva vanhempi valitsee usein työttömyysturvan, jonka korvaustaso on korkeampi kuin kotihoidon tuen.

Lasten hoitojärjestelyt vaihtelevat suuresti lasten iän mukaan. 3-6-vuotiaista lapsista kaksi kolmesta on kunnan järjestämässä päivähoidossa (kuvio 20).

Kuvio 20. Pienten lasten hoitojärjestelyt 31.1.1999

Päivähoidon tarve vähenee

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan tammikuun lopussa 1999 oli kunnan järjestämän päivähoiton piirissä 219 900 lasta. Alle kouluikäisten lasten määrä päivähoidossa on kasvanut noin 9 000 lapsella vuodesta 1997. Sen sijaan koululaisten määrä on laskenut. Noin 7000 koululaista oli päivähoidossa, mikä on 2000 lasta vähemmän kuin kaksi vuotta aikaisemmin. Päiväkodeissa hoidettiin 65 prosenttia lapsista ja perhepäivähoidossa 35 prosenttia. Suurin osa kunnista on selviytynyt päivähoitolain velvoitteista hyvin. Suurissa kunnissa on perustettu uusia päiväkoteja ja pienissä kunnissa on lisätty perhepäivähoitoa. Selvityksen mukaan 28 kunnassa oli vajaan päivähoitopaikoista, kahdessa kunnassa puuttui yli 300 hoitopaikkaa.

Viime aikoina on keskusteltu kotona olevien vanhempien lasten oikeudesta kunnan järjestämään päivähoitopaikkaan. Oikeus on joko haluttu rajoittaa osapäiväiseen hoitoon tai purkaa kokonaan. Mikäli oikeus rajattaisiin vain osa-aikaiseen hoitoon, jäisivät vaikutukset päivähoiton kokonaiskustannuksiin hyvin vähäisiksi. Pitkään jatkuessa vanhempien työttömyys lisää lasten riskiä syrjäytyä. Juuri näissä tilanteissa päivähoito voi osaltaan luoda lapselle turvallisen ja virikkeellisen kasvuympäristön.

Muun kuin kokopäiväisen päivähoitopaikan käyttö edellyttää, että vaihtoehtoisia palveluja on kunnassa tarjolla. Lamavuosina vähennettiin rajusti avointa päiväkotia, kerho- ja leikkitoimintaa. Näitä toimintoja kehittämällä voidaan vähentää painetta kokopäivähoitoon.

Päivähoidon tarve kääntyy lähitulevaisuudessa laskuun, koska seuraavan viiden vuoden aikana alle kouluikäisten lasten lukumäärä pienenee väestöennusteiden mukaan noin 34 000 lapsella. Tämä johtuu syntyvien lasten määrän vähenemisestä.

Tänä vuonna syntyvien lasten määrä tulee olemaan noin 7 000 lasta pienempi kuin koulunsa aloittavien ikäluokka.

Lasten päivähoitolaki ei velvoita kuntia järjestämään koululaisten iltapäivähoitoa. Viime vuosina kunnat ovat joutuneet supistamaan koululaisten iltapäivähoitopaikkoja selviytyäkseen alle kouluikäisten lasten päivähoitovelvoitteiden täyttämisestä. Pienten koululaisten iltapäivätoimintaa tulisi kehittää yhteistyössä eri hallinnonalojen ja järjestöjen kanssa. Viime vuosina erityisesti seurakunnat ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto ovat lisänneet pienten koululaisten iltapäivätoimintaa.

Päivähoidon maksuihin muutoksia

Pienten lasten hoidon tukijärjestelmien uudistuksen yhteydessä 1.8.1997 yhtenäistettiin kuntien päivähoitomaksujen määräytymisperusteet. Päivähoidon maksut määräytyvät perheen koon ja tulojen suuruuden mukaan prosentuaalisesti. Päivähoidon enimmäismaksu lapsesta on nykyisin 1 000 markkaa kuukaudessa ja alin perittävä maksu on 100 markkaa kuukaudessa. Uudistusta hyväksyessä arvioitiin päivähoitomaksukertymän koko maan tasolla pysyvän lähes samansuuruisena kuin vanhan järjestelmän mukaan. Vuoden 1998 ennakotietojen mukaan päivähoiton maksukertymä on noin 1,3 miljardia markkaa. Päivähoitomaksujen osuus kokonaismenoista on noin 15 prosenttia eli samansuuruinen kuin edellisenä vuonna.

Stakesin ja Kelan tekemän pienten lasten hoitoselvityksen mukaan maksutonta päivähoitoa sai 13 prosenttia lapsista. Korkeinta maksua maksettiin 38 prosentista lapsia. Korkeimman päivähoitomaksun piirissä oli Helsingissä 45 prosenttia ja Espoossa 61 prosenttia kokopäivähoidossa olevista lapsista.

Hallituksen ohjelmaan sisältyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen tarkistus vuoden 2000 alusta niin, että maksujen tuotto kasvaa 350 miljoonaa markkaa vuositasolla. Osa asiakasmaksujen korottamistarpeesta kohdistuu lasten päivähoitoon. Hallitus esittää lasten päivähoitomaksujen enimmäismäärän korottamista 1000 markasta 1100 markkaan kuukaudessa ja päivähoitomaksun keräämistä 12 kuukaudelta, jos lapsi käyttää päivähoitopalveluita koko vuoden ajan. Uudistus lisäisi päivähoidon maksutuloja noin 85 miljoonaa markkaa vuositasolla, joista 80 miljoonaa markkaa tulisi enimmäismaksun ylärajan nostamisesta. Uudistus toteutettaisiin vuoden 2000 alussa.

Uudistus lisää keski- ja hyvätuloisten perheiden päivähoitomaksuja. Edellisen uudistuksen yhteydessä näiden perheiden päivähoitomaksut alenivat huomattavasti. Kaksilapsisen perheen päivähoitomaksut nousisivat enintään 200 markkaa kuukaudessa.

Varhaiskasvatustyöryhmä ehdottaa uudistuksia lasten päivähoitoon

Varhaiskasvatustyöryhmä ehdottaa muistiossaan päivähoidosta annetun lain kokonaisuudistusta. Nykyinen laki lasten päivähoidosta ei vastaa kaikilta osin tämän päivän käytäntöjä ja tarpeita. Päivähoito tulee nähdä palveluna, jossa yhdistyvät lapsen oikeus osallistua varhaiskasvatukseen ja vanhempien oikeus saada lapselleen hoitopaikka. Päivähoidon kasvatustavoitteissa tulisi näkyä lasten ja vanhempien aktiivinen osallistuminen päivähoidon suunnitteluun. Päivähoito yhteistyössä vanhempien kanssa edistää lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä tukee perhettä sen kasvatustehtävissä. Päivähoito voi osaltaan edistää lapsen kuntoutumista sekä ehkäistä lapsen ja perheen ongelmia ja syrjäytymistä.

Työryhmän mielestä lapsiryhmän koolle on päivähoidossa asetettava yläraja eikä ryh-

män kokoa saisi kasvattaa henkilöstöä lisäämällä. Laissa tulisi olla säännökset vuoropäivähoidosta. Vuoropäivähoitoa kehitettäessä tulisi ottaa huomioon lasten tarpeet ja lapsiryhmän pitäisi olla tavanomaista ryhmää pienempi. Erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevien lasten aseman kohentamiseksi työryhmä ehdottaa tiukennuksia ryhmäkokoon sekä lasta avustavan henkilöstön kelpoisuuden säätämistä. Työryhmän mielestä kunnat tulisi velvoittaa huolehtimaan pienten koululaisten iltapäivätoiminnan järjestämisestä

Lasten kotihoidon tuen käytössä ei suuria muutoksia

Uusi lasten kotihoidon tukijärjestelmä on ollut voimassa yli kaksi vuotta. Sekä saajien että lasten määrissä ei ole tapahtunut oleellisia muutoksia uudistuksen jälkeen. Toukokuun lopussa 1999 kotihoidon tuen saajia oli 73 300 ja lapsia kotihoidon tuen piirissä oli 116 500. Kotihoidon tuen saajilla oli keskimäärin tuen piirissä olevia lapsia 1,6. Keskimääräinen kotihoidon tuki perhettä kohti on hieman korkeampi (2 157 mk/kk) kuin vanhan järjestelmän mukainen. Tämä johtuu siitä, että hoitolisä ulottuu hieman laajemmalle tuloalueelle kuin vanhan järjestelmän tulosidonnainen osa. Kotihoidon tuen hoitorahaa saavista 81 prosentille maksettiin myös hoitolisää.

Yksityisen hoidon tuen käyttö kasvanut

Uutena tukimuotona otettiin käyttöön 1.8.1997 yksityisen hoidon tuki, joka maksetaan suoraan hoidon tuottajalle. Tuki on kunnallisen päivähoidon vaihtoehto, jos vanhemmat haluavat järjestää lapsensa hoidon yksityisesti.

Yksityisen hoidon tukea saavien lasten määrä on jatkuvasti kasvanut. Tukea maksettiin 14 200 lapsesta toukokuun lopussa 1999. Suurin osa (78 prosenttia) lapsista oli kolme vuotta täyttäneitä. Noin puolet (49 prosenttia) yksityisen hoidon tuella hoide-

tuista lapsista hoidettiin yksityisessä päiväkodissa ja 38 prosenttia oli yksityisessä perhepäivähoidossa. Yksityisen hoidon tuki antaa mahdollisuuden palkata hoitaja kotiin. Hoitajan kotiin palkkaaminen on ollut kuitenkin vähäistä, vain 1 600 lasta hoiti palkattu hoitaja. Keskimääräinen yksityisen hoidon tuki oli 827 markkaa kuukaudessa keskimääräisen hoitomaksun ollessa 2 103 markkaa kuukaudessa lasta kohti. Hoitolisää maksettiin 29 prosentille yksityisen hoidon tukea saavista lapsista.

Vanhempien maksama osa yksityisestä hoidosta on yleensä suurempi kuin mitä he joutuisivat maksamaan kunnan järjestämästä päivähoidosta. Joissakin kunnissa, varsinkin suurissa kaupungeissa maksetaan yksityisen hoidon kuntalisää, jonka suuruus vaihtelee huomattavasti. Kansaneläkelaitoksen tilaston mukaan noin puolelle yksityisen hoidon tukea saavista lapsista maksetaan myös kuntalisää.

6-vuotiaille subjektiivinen oikeus esiopetukseen vuonna 2001

Esiopetus on suunnitelmallista opetusta ja kasvatusta, joka liittyy kiinteästi sekä varhaiskasvatukseen että alkuopetukseen. Esiopetuksen tavoitteena on parantaa lapsen oppimisedellytyksiä ja edesauttaa lasten joustavaa siirtymistä varhaiskasvatuksesta alkuopetukseen.

Hallitusohjelmaan sisältyy maksuttoman esiopetuksen toteuttaminen 6-vuotiaiden ikäluokalle. Parhailaan eduskunnan käsiteltävänä on esiopetusta koskeva lainsäädäntöuudistus. Lapsella olisi oikeus oppivelvollisuuden alkamista edeltävänä vuonna maksuttomaan esiopetukseen. Esiopetus järjestettäisiin kunnan päätöksen mukaisesti koulussa, lasten päivähoitopaikassa tai muussa soveltuvassa paikassa. Kunta voisi hankkia esiopetuspalvelut myös muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Järjestämispaikasta riippumatta esi-

opetukseen sovellettaisiin perusopetusta koskevaa lainsäädäntöä. Jos esiopetus järjestettäisiin päivähoitopaikassa, sovellettaisiin lisäksi täydentävänä lasten päivähoitoa koskevaa lainsäädäntöä.

Esiopetukseen osallistuminen olisi lapselle vapaaehtoista. Päätöksen tekisi huoltaja. Esiopetuksen laajuus olisi valtakunnallisesti yhtenäinen 700 tuntia vuodessa eli 3-4 tuntia päivässä. Opetusta varten tulisi hyväksyä opetushallituksen päättämien valtakunnallisten opetussuunnitelman perusteiden pohjalta paikallinen opetussuunnitelma. Päävastuu opetuksesta kuuluisi opettajille, joilla on luokanopettajan tai lastentarhanopettajan koulutus. Siirtymäkautena myös päivähoiton tehtävissä olleet sosiaalikasvattajan tai sosionomin koulutuksen suorittaneet henkilöt olisivat kelpoisia antamaan opetusta. Tänä aikana nykyisin päivähoiton tehtävissä työskentelevät voisivat täydennyskouluttaa itseään esiopetuksen opettajan tehtäviin.

Esiopetus olisi oppilaille maksutonta. Jo tällä hetkellä peruskoulun esiopetus on lapsille maksutonta. Sen sijaan sosiaalitoimen järjestämässä esiopetuksessa peritään lasten päivähoiton osapäivämaksu.

Kunnat voisivat vapaasti päättää minkä lautakunnan tai hallintokunnan alaisuuteen esiopetus kunnassa sijoitettaisiin. Esiopetusta varten myönnettäisiin rahoitusta opetus- ja kulttuuritoimen rahoitusjärjestelmän mukaisesti oppilaskohtaisesti.

Esiopetusuudistus lisäisi valtion menoja vuositasolla noin 372 miljoonaa markkaa. Opetusministeriön hallinnonalan valtionosuudet lisääntyisivät 555 miljoonaa markkaa ja sosiaali- ja terveysministeriön vähenisivät 183 miljoonaa markkaa. Valtion menojen lisääntymiseen vaikuttavat oppilasmäärän lisääntyminen, päivähoiton kustannusrakenteen muuttuminen sekä opetus- ja sosiaalitoimen sosiaali- ja terveystointa korkeampi valtionosuusprosentti.

Kuntien käyttömenot lisääntyisivät uudistuksen johdosta 238 miljoonaa markkaa. Tämän lisäksi kunnat menettäisivät päivähoidon maksutuloja 136 miljoonaa markkaa. Lisääntyvien valtionosuuksien vuoksi kuntien lisärahoitustarve olisi vain 2 miljoonaa markkaa.

Uudistus toteutettaisiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisenä toimintavuonna esiopetuksen järjestäminen olisi kunnille vapaaehtoista. Velvollisuus esiopetuksen järjestämiseen sekä lapsille subjektiivinen oikeus esiopetukseen tulisivat voimaan elokuun alusta 2001. Syksyllä 2000 oletetaan 80 prosenttia ikäluokasta osallistuvan esiopetukseen ja lukuvuonna 2001-2002 noin 90 prosenttia.

Sosiaali- terveysministeriön ja opetusministeriön selvityksen mukaan 78 prosenttia kuusivuotiaista lapsista osallistui esiopetukseen tammikuussa 1999. Sosiaalitoimen järjestämässä esiopetuksessa oli 45 500 lasta ja koulutoimen järjestämässä esiopetuksessa 6 500 lasta. Kunnissa oli myös seurakunnan tarjoamaa kerhomuotoista esiopetusta, johon osallistui 8000 lasta. Yksityisessä päivähoidossa annettavaan esiopetukseen osallistui 2000 lasta. Noin 90 prosenttia kunnista ilmoitti voivansa tarjota kyselyn mukaan esiopetusta lähes kaikille halukkaille.

Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä voimaan

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet muutettiin laskennalliseksi. Tästä on seurannut ongelmia rahoittaa kunnissa satunnaisesti tarvittavia kalliita erityispalveluita, kuten pitkäaikaisia lastensuojelun laitossijoituksia. Ongelma on korostunut asukasluvultaan pienissä kunnissa, joissa yhdenkin lastensuojelutapauksen kustannukset saattavat vaikuttaa merkittävästi kunnan talousarvioon.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan lakialoitteen pohjalta hyväksyttiin lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä valtion vuoden 1999 tulo- ja menoarvion käsittelyn yhteydessä. Järjestelmän tarkoituksena on tasata lastensuojelun suurten kustannusten yksittäiselle kunnalle aiheuttamaa taloudellista rasitetta sekä ohjata voimavaroja siten, että lastensuojeluasiakkaat saavat tarkoituksenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut kunnan taloudellisesta tilanteesta riippumatta. Tasausjärjestelmä on ollut voimassa 1.3.1999 alkaen.

Suurten kustannusten tasausjärjestelmän toimeenpanosta huolehtivat erityishuoltopiirien kuntayhtymät. Kunnilla on oikeus saada tasausjärjestelmästä korvauksena 70 prosenttia kaikista niistä lastensuojelutoimenpiteistä aiheutuneista kustannuksista, jotka on kirjattu lastensuojelulain tarkoitamaan huoltosuunnitelmaan ja jotka perhekohtaisesti ylittävät 150 000 markkaa vuodessa.

Sosiaalihuollolle lasten ja perheiden erityispalveluista aiheutuvat kokonaismenot ovat noin 2 miljardia markkaa vuodessa ja siitä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten hoidon kustannukset noin 1,2 miljardia markkaa. Tasausjärjestelmän kokonaiskustannuksiksi vuositasolla on arvioitu 330 miljoonaa markkaa, josta puolet katetaan valtion korvaukseen varatulla määrärahalta.

Isätoimikunta ehdottaa tukea vanhemmuuteen ja aikaa perheelle

Valtaosa perhe-elämän ja työelämän yhteensovittamisen kysymyksistä kiertyy ajan ja ajankäytön järjestämisen ympärille. Isän sitoutuminen työelämän vaatimuksiin ja aikatauluihin on keskeinen isän ja lapsen omaehtoista yhdessäoloa rajoittava tekijä. Maaliskuussa 1999 mietintönsä jättänyt isätoimikunta ehdottaa, että lainsäädäntöä tulisi uudistaa vastaamaan tämän päivän

vaatimuksia ja työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista. Isätoimikunta ehdottaa seuraavia lakimuutoksia:

- Vanhempainrahakautta pidennetään nykyisestä 25 arkipäivällä siten, että pidennyksen voi käyttää vain isä.
- Isyyslain isyysosoittama tulee ulottaa koskemaan myös avoliittoja. Isyyden vahvistaminen voidaan riidattomissa tapauksissa korvata erityisellä ilmoitusmenettelyllä. Tämän jälkeen lapsen vanhemmat ovat yhteishuoltajia kuten avioliitossakin.
- Lakiin lapsen elatuksesta esitetään muutoksia ja tarkennuksia. Uudistusten tavoitteena on parantaa isän asemaa avioerotilanteissa.

Lisäksi isätoimikunta ehdottaa, että perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi kehitetään äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa tukemaan entistä paremmin parisuhdetta, vanhemmuutta ja isyyttä. Toimikunta painottaa riittävien voimavarojen tarpeellisuutta ehkäisevissä terveydenhuollon palveluissa.

Lapsiperheiden sosiaaliset ongelmat kytkeytyvät työttömyyteen

Työttömyys aiheuttaa lapsiperheissä monia ongelmia, jotka vaatisivat uusia sosiaalipoliittisia toimenpiteitä. Perheiden elämää saattavat leimata yhtäaikaan toimeentulovaikeudet, avuttomuus vanhempina, vanhemmuuden tuen puute sekä henkinen ja aineellinen ahdistus. Taloudelliset vaikeudet, terveydelliset ongelmat ja vanhempien sosiaalinen syrjäytyminen heijastuvat myös lasten hyvinvointiin. Lapset uhkaavat jatkautua selviytyjiin ja syrjäytyjiin. Moni lapsi joutuu tottumaan arkeen, johon ei kuulu vanhempien ja muiden lähiympäristön aikuisten työssäkäynti. Nuorten ja nuorten aikuisten itsenäisen elämän aloittamista vaikeuttaa edelleen heikko työllisyystilanne.

Huostassa olevien lasten määrä on pitkällä aikavälillä vähentynyt, mutta erilaisten avohuollon tukimuotojen piirissä olevien lasten määrä on kasvanut. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kasvanut koko 1990-luvun. Lastensuojelutoimenpiteiden määrä olisi vielä suurempi, elleivät monet kunnat olisi pidättäneet sellaisista lastensuojelutoimenpiteistä, jotka olisivat aiheuttaneet suuria kustannuksia. Tärkeimpiä huostaanoton syitä ovat vanhempien päihteiden väärinkäyttö, lapsen hoidon laiminlyönti sekä vanhempien psyykkiset sairaudet.

Vaikka suomalaisten lasten ja nuorten terveys on suhteellisen hyvä, ovat erilaiset psykosomaattiset oireet kuten jännittyneisyys, väsymys, syömishäiriöt ja ahdistuneisuus lisääntyneet viime vuosina merkittävästi. Lasten ja nuorten alkoholin ja huumeidien käyttö on paheneva ongelma. Tupakointi on yleistynyt nuorten tyttöjen keskuudessa. Alle 20-vuotiaille tehtyjen aborttien määrä on kasvussa.

Suuri enemmistö lapsista ja nuorista voi hyvin, mutta pahoinvoiva vähemmistö kasvaa hitaasti ja ryhmän ongelmat käyvät entistä vaikeammiksi. Pahoinvoivalle nuorelle on ominaista keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa, koulun työilmapiiriin kokeminen huonoksi, masentuneisuus, väsymys, oppimisvaikeudet, tupakointi, päihteiden käyttö ja huumeekokeilut.

Kirjallisuutta

Heikkilä, M. ja Takala, P.: Kuinka lapset hoidetaan Suomessa. Alustavia tuloksia valtakunnallisesta lastenhoitotutkimuksesta. Stakes & Kela. Aiheita 23:1999. Helsinki.

Esiopetus kunnissa - tammikuu 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 1999:14. Helsinki.

Esiopetustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmien muistioita. 19:1999. Helsinki.

Isätoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 1999:1. Helsinki.

Kajanoja, J. (1999): Lasten päivähoito investointina. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Tutkimuksia 50. Helsinki.

Kumpulainen, A.: Viiden suurimman kaupungin lasten päivähoiton palvelu- ja kustannustasovertailu 1998. Helsingin kaupunki. Sosiaaliviraston julkaisusarja C SuSe 1999:18. Helsinki.

Muuri, A. Lapsen elatus ja huolto 1998. Stakes. Tilastoraportti 11/1999. Helsinki.

Niinivaara, R.: Kannustinloukkutyöryhmän ehdotusten toteutumisen arviointia. Valtionvarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 4/99. Helsinki.

Reuna, V.: Perhebarometri 1999. Vanhemmuutta toteuttamassa - Päiväkotilasten vanhempien ja päiväkotien henkilökunnan mielipiteitä lapsiperheiden arjesta ja lasten kasvatuksesta. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 7/1999. Helsinki.

Vaajakallio, L.: Lasten päivähoito 1995-1998. Raportti Alle kouluikäisten päivähoidosta EU-työvoimatutkimuksen ja tulonjakotilaston pohjalta. Tilastokeskus. Katsauksia 1999:1. Helsinki.

Vaajakallio, L.: Päivähoito ja pienten lasten vanhempien työssäkäynti. Tilastokeskus. Hyvinvointikatsaus 3:1999.

Varhaiskasvatustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1999:4. Helsinki.

2.6 Työttömyys

	1997	1998*	1999**	2000**
Pääryhmän menot (mmk)	24 140	21 600	20 300	19 600
- josta toimeentuloturvaa (mmk)	22 110	19 800	18 700	18 100
Osuus sosiaalimenoista, %	13,0	11,5	10,6	10,1
Osuus BKT:stä, %	3,8	3,2	2,8	2,6
Työttömyysaste, %	12,7	11,4	10,3	9,3
Ansiopäivärahopäivät, henkilövuosia	213 780	169 400	146 200	137 400
Peruspäivärahopäivät, henkilövuosia	26 800	19 900	17 600	16 800
Työmarkkinatukipäivät, henkilövuosia	176 530	182 000	184 100	166 800
Koulutustukipäivät, henkilövuosia	22 670	19 100	14 600	11 900
Työttömyyseläkkeen saajat vuoden lopussa	44 860	49 400	49 400	51 000

* ennakkotieto

** ennuste

Työllisyyden suotuisa kehitys jatkuu

Vuodesta 1994 alkaen työttömyysaste on alentunut kansainvälisesti verrattuna poikkeuksellisen nopeasti. Vuonna 1998 työttömyysaste oli keskimäärin 11,4 prosenttia, mikä vastaa 285 000 työtöntä. Työttömyys on alentunut, koska talouskasvu on jatkunut pitkään nopeana. Parin viime vuoden aikana työttömyyttä on lisäksi alentanut talouskasvun painopisteen siirtyminen viennistä kotimaiseen kysyntään.

Vuosina 1999-2000 talouskasvun edellytykset näyttävät suotuisilta ja työvoimavaltaisen kotimaan sektorin arvioidaan edelleen vahvistuvan. Uusia työpaikkoja syntyy erityisesti rakennustoiminnassa ja palvelualoilla. Vuoden 1999 aikana työmarkkinoiden tila on edelleen parantunut: päätyneiden työttömyysjaksojen kestot ovat lyhenneet, työmarkkinoille helposti sijoittuvat työttömät työllistyvät ripeästi ja työvoimakapeikat ovat vähentyneet vuoteen 1998 verrattuna. Arvion mukaan työttömyysasteen aleneminen jatkuu nopeana ja lähestyy jo EU-maiden keskitasoa. Vuonna 1999 keskimääräisen työttömyysasteen ennakoitaan laskevan 10,3 prosenttiin, yli prosenttiyksikön edellisvuotta alemmaksi. Työttömyyden alenemisen merkittävimmät

epävarmuustekijät liittyvät kansainväliseen talouskehitykseen ja kustannuskehitykseen kotimaassa.

Suomen työllisyysaste oli 1980-luvulla 70 prosentin yläpuolella, selvästi EU-maiden keskiarvoa korkeammalla. 1990-luvun alussa työllisyysaste romahti yli 10 prosenttiyksikköä, mutta laman jälkeen se on noussut yhtäjaksoisesti ja kohonnut uudelleen EU-maiden keskitason yläpuolelle. Vuonna 1998 Suomen työllisyysaste oli 64,1 prosenttia, kun EU:n keskiarvo oli runsaat 61 prosenttia.

Hallitus on asettanut talouspolitiikan päätavoitteeksi työllisyyden parantamisen. Tavoitteena on, että uusien työpaikkojen määrä lisääntyy ripeästi ja työssäolevien osuus työikäisestä väestöstä lähestyy 70 prosenttia. Hallitusohjelmassa todetaan, että työllisyysasteen kohoaminen on paras keino taata hyvinvointipalvelujen ja sosiaaliturvan rahoitus.

Mikäli kokonaistuotanto kasvaa keskimäärin yli kolme prosenttia vuodessa ajanjaksolla 1999-2003, kohoaa työllisyysaste 66,5 prosenttiin jo vuonna 2000 ja alle yhdeksän prosentin työttömyysasteeseen päästään vuonna 2003. Tätä suotuisampi

työllisyyskehitys edellyttää hyvän talouskasvun lisäksi työmarkkinoiden toimivuuden parantamista.

Työttömyydestä aiheutuvat menot alenevat edelleen

Nopean työttömyyden alenemisen myötä työttömyysmenot ovat edelleen laskeneet. Vuonna 1999 sosiaalimenoihin sisältyvien työttömyysmenojen arvioidaan olevan runsaat 20 miljardia markkaa, mikä on noin 1,3 miljardia markkaa vähemmän kuin vuonna 1998. Työttömyysmenojen osuus sosiaalimenoista vuonna 1999 on siten 10,6 prosenttia ja bruttokansantuotteeseen suhteutettuna 2,8 prosenttia. Molemmat osuudet ovat laskeneet vuoteen 1998 verrattuna ja alenemisen ennakoidaan jatkuvan vuonna 2000.

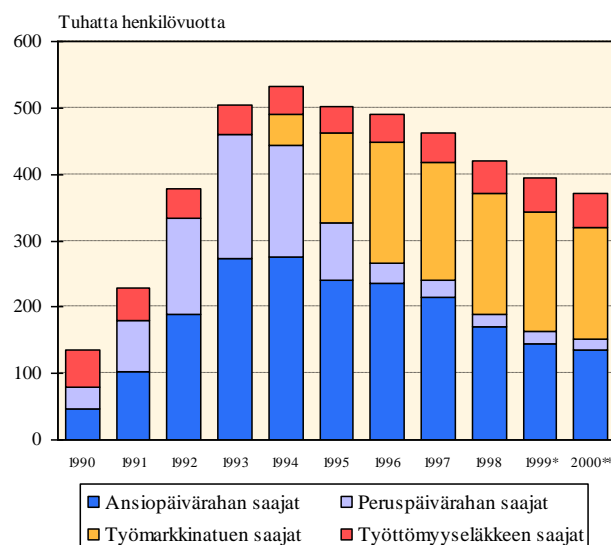
Työttömyyspäivärahan saajien määrä on vähentynyt jatkuvasti. Kehityksen arvioidaan jatkuvan vuonna 2000. Sekä ansiopäiväraha-, peruspäiväraha- että työmarkkinatukipäivien arvioidaan vähentyvän vuoteen 1998 verrattuna. Ainoastaan työttömyyseläkkeelle siirtyvien määrä on ollut

kasvava tai pysynyt samalla tasolla. (Kuvio 21.)

Ansiopäivärahaa sai vuonna 1998 kaikkiaan lähes 369 800 henkilöä, mikä oli yli 48 000 henkilöä vähemmän kuin edellisellä vuonna. Keskimääräinen ansiopäiväraha-kauden kesto alentui selvästi vuoden 1998 aikana pysyteltään sitä ennen pitkään samalla tasolla. Kun vuosina 1994-1997 ansioon suhteutettua työttömyyspäivärahaa maksettiin kerrallaan keskimäärin noin 130 päivää, vuonna 1998 keskimääräinen kesto oli 118 päivää. Suotuisan kehityksen myötä ansiopäivärahamenot ovatkin jatkuvasti laskeneet huippuvuoden 1993 jälkeen. Vuonna 1998 ansiopäivärahamenot olivat runsaat 9,5 miljardia markkaa ja vuonna 1999 niiden arvioidaan laskevan 8,5 miljardiin.

Työttömyysturvan peruspäivärahaa saavien määrä on vähentynyt huomattavasti, mikä johtuu ennen kaikkea työmarkkinatukijärjestelmän voimaantulosta. Vuonna 1998 peruspäivärahaa saavia oli enää noin 50 800 ja peruspäiväraha-kausi kesti keskimäärin 101 päivää.

Kuvio 21. Työttömien toimeentuloturva vuosina 1990-2000



Työmarkkinatukiuudistus astui voimaan vuonna 1994. Työmarkkinatukeen liittyy velvoitteita osallistua koulutukseen, työharjoitteluun tai muuhun työllistymistä edistävään toimintaan. Aktivointitoimet kohdistetaan erityisesti nuoriin. Laman jäljiltä työmarkkinatukea saavien määrä kasvoi vuoteen 1998 saakka, kun aiemmin ansiosidonnaisen turvan piirissä olleet alkoivat tulla työmarkkinatuen piiriin (vrt. kuvio 22). Vuonna 1998 työmarkkinatukea sai kaikkiaan 322 600 henkilöä. Vuonna 1999 työmarkkinatuen saajien määrän kasvu näyttää pysähtyneen. Vuonna 2000 saajien määrän arvioidaan kääntyvän laskuun.

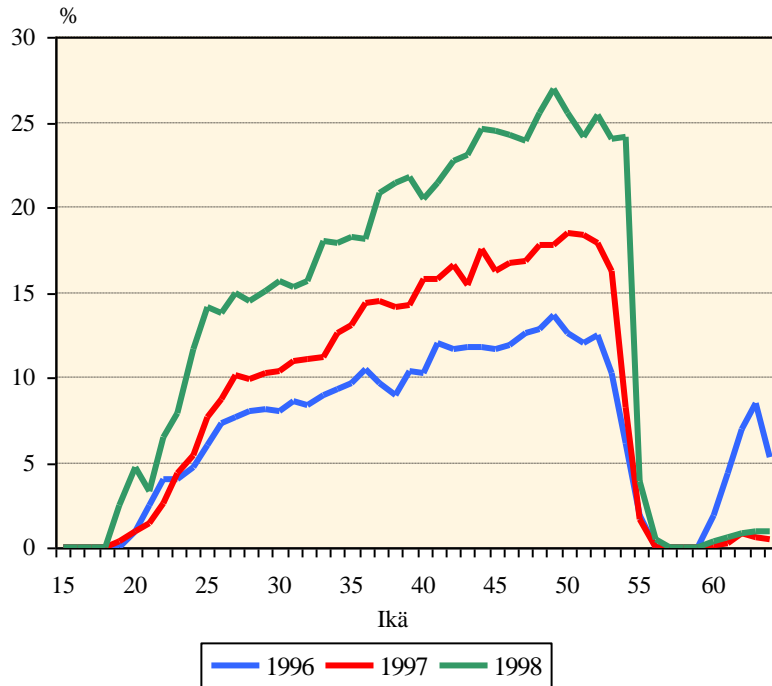
Ikääntyvien keskuudessa työttömyyspäivärahauden keskimääräinen kesto on nuoria tuntuvasti pidempi. Huomattava osa ikääntyneistä pitkäaikaistyöttömistä saa työttömyyseläkettä siihen asti, kunnes siirtyy vanhuuseläkkeelle. Työttömyyseläkkeen saajien määrä aleni vuosina 1991-1995, mutta kääntyi uudestaan kasvuun vuonna 1996. Vuonna 1999 työttömyyseläkkeen saajia on arvion mukaan runsaat 49 000 ja heidän määränsä arvioidaan nousevan vuonna 2000 noin 51 000 henkilöön.

Työttömyydessä rakenteellisia ongelmia

Työttömyyden alentuessa sen rakenteelliset piirteet korostuvat. Työttömyyden keskimääräinen kesto on pitkä. Päättäneetkin työttömyysjaksot kestävät keskimäärin kaksi kertaa pidempään kuin 1980-luvun lopulla. Ikääntyvien työnhakijoiden on entistä vaikeampaa työllistyä ja paine työttömyyseläkkeelle siirtymiseen pysyy suurena. Nuorisotyöttömyys on suhteellisen korkea ja työttömyyden alueelliset erot kasvavat.

Viime aikoina työttömyys on selvästi polarisoitunut. Työttömiksi äskettäin tulleet työllistyvät yleensä nopeasti, mutta vaikeasti työllistyvien työmarkkina-asema heikenee entisestään suhteessa muihin. Vaikeasti työllistyvien ja työmarkkinatuella puutoavien osuus on kasvanut viime vuosina (kuvio 22). Työttömyys kasautuu yhä selvemmin samoille henkilöille eli suurin osa työnhakijoista on toistuvaistyöttömiä. Vuonna 1998 kaikkien työttömyysjaksojen keskimääräinen kesto-aika oli noin vuosi, josta se on vielä hieman noussut vuoden 1999 aikana. Pitkäaikaistyöttömyyden myötä huomattava määrä työikäistä väestöä on vaarassa syrjäytyä tai jo syrjäytynyt työmarkkinoilta. Pitkään jatkunut työttömyys vahvistaa riippuvaisuutta tukijärjestelmistä ja lisää riskiä monien ongelmien syntymiseen ja kasautumiseen.

Kuvio 22. Vuoden aikana ansiosidonnaiselta työttömyyspäivärahalta työmarkkinatuella siirtyneiden osuus edellisen vuoden ansiopäivärahansaajista iän mukaan vuosina 1996-1998



Suomen rakenteellisen työttömyyden laajuudesta ei olla yksimielisiä. Ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa mitata rakenteellista työttömyyttä. Lisäksi rakenteellinen työttömyys muuttuu taloudellisten olosuhteiden, työmarkkinoiden muutosten ja poliittisten toimenpiteiden myötä. Yksi tapa arvioida rakenteellisen työttömyyden määrää on tarkastella avoimien työpaikkojen ja työttömyyden välistä suhdetta. Mitä tehokkaammin työmarkkinat toimivat, sitä paremmin työvoiman kysyntä ja tarjonta kohtaavat ja sitä alhaisempi on rakenteellinen työttömyys. Jos työvoimakapeikkoja alkaa esiintyä useilla toimialoilla kokonaistyöttömyyden ollessa vielä korkealla tasolla, on se merkki rakenteellisten ongelmien lisääntymisestä ja talouden ylikuumenemisen uhkasta.

Kaikki Suomen rakenteellista työttömyyttä koskevat arviot tukevat kuitenkin sitä johtopäätöstä, että osa 1990-luvun laman suhdannetyöttömyydestä on muuttunut rakenteelliseksi. Toisin sanoen rakenteellinen työttömyys on nyt suurempi kuin se oli

vielä tämän vuosikymmenen alussa. Rakenteellisen työttömyyden laajuudesta voidaan saada jonkinlainen käsitys myös tarkastelemalla, minkälaisista ryhmistä työttömyys koostuu ja paljonko vaikeasti työllistyviä on. Vuonna 1999 erittäin vaikeasti työllistyviä arvioidaan olevan noin 170 000-180 000, mikä vastaa lähes seitsemää prosenttia työvoimasta. Tämän joukon muodostavat pääasiassa pitkään työmarkkinatukea saaneet ja ns. eläkeputkessa olevat työttömät.

Koska työttömyyden alentuessa yhä pienempi osa siitä on suhdannetyöttömyyttä, työttömyyden alentaminen on entistä vaikeampaa ja toimenpiteet vaikuttavat hitaammin. Rakenteellisen työttömyyden alentaminen vaatii työmarkkinoiden toimivuuden parantamista. Sen vuoksi on tehostettava aktiivista työvoimapolitiikkaa ja tehtävä sellaisia rakenteellisia uudistuksia verotukseen ja sosiaaliturvajärjestelmään, jotka kannustavat nykyistä enemmän työntekoon.

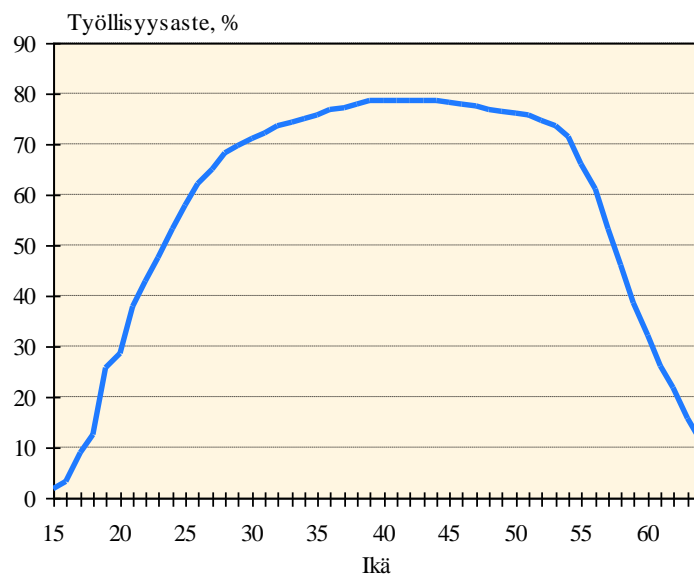
Työmarkkinoiden toimivuus on erityisen tärkeää, kun työvoiman kysynnässä tapahtuu toimialoittaisia muutoksia. Viime vuosien aikana työvoimapulaa on esiintynyt etenkin korkean teknologian toimialoilla. Työllisyydenhoito on sen vuoksi haastava tehtävä lähivuosina. Samanaikaisesti kun on pyrittävä vähentämään rakenteellista työttömyyttä ja estämään työmarkkinoilta syrjäytymistä, on pystyttävä turvaamaan myös työvoiman saatavuus eniten työntekijöitä rekrytoivilla aloilla.

Suurin osa syrjäytymisvaarassa olevista pitkäaikaistyöttömistä on vailla riittävää koulutusta ja/tai 55 vuotta täyttäneitä. Kaikista ikääntyneistä työnhakijoista pitkäaikaistyttömiä on yli puolet ja erityisesti 55-59-vuotiaiden ikäryhmästä pitkäaikaistyttömiä on jopa kaksi kolmasosaa. Ikääntyvien työttömyysjaksot ovat suhteellisen pitkiä, sillä yli 50-vuotiaiden on keskimääräistä vaikeampi palata työelämään, jos he joutuvat työttömiksi. Laman aikana ja sen jälkeen ikääntyvien työllistymistodennäköisyys on alentunut enemmän kuin muissa ikäryhmissä eikä ikääntyvien työntekijöiden oma uskokaan työllistymismahdollisuuksiinsa ole kohentunut toisin kuin muilla. Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston mukaan vuoden 1996 lopussa työttöminä olleista 55-64 -vuotiaista ainoastaan 3-5 prosenttia oli työssä seuraavan vuoden lopussa. Yhtenä syynä huonoon työllistymi-

seen on ikääntyvien suhteellisen heikko koulutustaso. Toinen merkittävä syy on ikään kohdistuva valikoivuus työmarkkinoilla. Tätä havaintoa tukee tuore tutkimus, jonka mukaan ikä heikentää työllistymistä koulutuksesta, ammattiryhmästä, toimialasta tai sairastavuuseroista riippumatta.

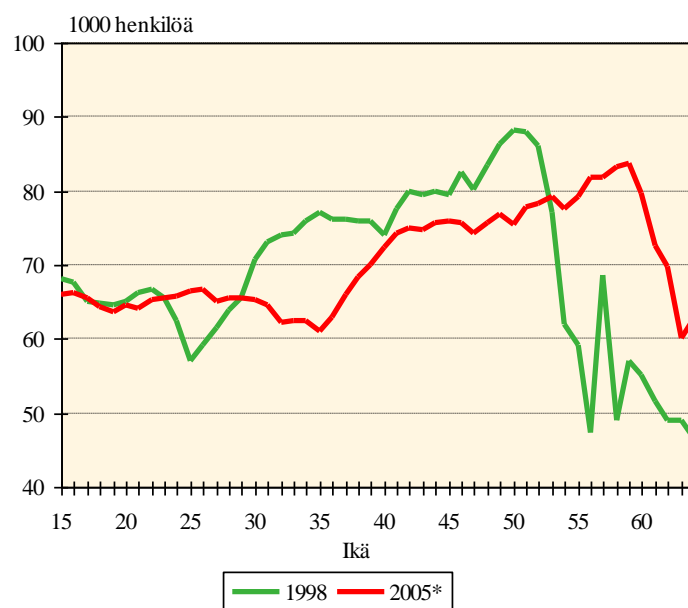
Työvoimapolitiikan perusuudistukseen sisältyvien aktivointitoimien ansiosta pitkäaikaistyöttömyys samoin kuin yli 50-vuotiaiden työttömyys on alkanut viime aikoina hieman vähentyä. Silti monet ikääntyvät poistuvat edelleen työmarkkinoilta ennen varsinaista vanhuuseläkeikää, mikä on vakava haaste työllisyysasteen nostamiselle.

Vuonna 1999 työllisyysasteen ennakoidaan olevan runsaat 65 prosenttia, joten hallituksen tavoitteena olevan 70 prosentin työllisyysasteen saavuttaminen edellyttää työllisyysasteen kohentumista lähes 5 prosenttiyksiköllä. Tavoitteen saavuttaminen ei ole helppoa. Nopean talouskasvun vuosina 1994-1998 työllisyysaste kohosi vain neljä prosenttiyksikköä. Työllisyystavoitteen saavuttamisen tekee entistä vaikeammaksi suurten ikäluokkien tulo varhaiseläkeikään. Työllisyysaste kääntyy jyrkkään laskuun pian 50 ikävuoden jälkeen. 55-vuotiaiden työllisyysaste on vielä lähellä 70 prosenttia, mutta 60-vuotiaiden enää runsaat 30 prosenttia (kuvio 23).

Kuvio 23. Työllisyysaste iän mukaan vuonna 1998

Vuonna 2005 vanhimmat ikäluokat ovat kooltaan huomattavasti suurempia kuin vuonna 1998 (kuvio 24). Väestösuuksien muutokset ja vanhimpien ikäluokkien alhainen työllisyysaste ovat työllisyystavoitteen kannalta hankala yhdistelmä. Mikäli vanhimpien ikäluokkien työllisyyttä ei onnistuta kohottamaan, suurten ikäluokkien

vanheneminen vaikeuttaa työllisyystavoitteen saavuttamista hallituskaudella lähes 2 prosenttiyksiköllä. Työllisyysasteen kasvutavoite kohoaa tällöin 5 prosenttiyksiköstä 7 prosenttiyksikköön. Tämä tavoite on lähes kaksinkertainen verrattuna vuosina 1994-1998 toteutuneeseen kehitykseen.

Kuvio 24. Väestö iän mukaan vuosina 1998 ja 2005*

*Väestöennuste

Nuorten työttömyys on puolittunut pahimpien lamavuosien jälkeen ja nuorten päätyneiden työttömyysjaksojen kestot ovat selvästi lyhyempiä kuin muissa ikäryhmissä. Nyt nuorisotyöttömyyden aleneminen näyttää kuitenkin pysähtyneen. Vuoden 1999 alussa alle 25-vuotiaita työttömiä oli runsaat 40 000. Nuorisoasiain neuvottelukunnan arvion mukaan vaikeasti työllistettäviä tai heikosti koulutukseen hakeutuvia nuoria on noin 15 000. Erityisesti alle 20-vuotiaiden naisten työttömyystilanne on heikentynyt vuodesta 1996 lähtien huolimatta yleisen työllisyystilanteen paranemisesta.

Työllisyyskehitys on epätasaista myös alueellisesti. Maan sisäinen muuttoliike on kiihtynyt tämän vuosikymmenen lopulla. Väestö keskittyy yhä harvemmille alueille, erityisesti etelä- ja länsiosien kasvukeskuksiin. Vaikka työpaikat ovatkin lisääntyneet kaikissa lääneissä, lähes 60 prosenttia työpaikkojen lisäyksestä on kohdistunut viimeisen vuoden aikana Etelä-Suomen läänin.

Väestön ikääntyminen hidastaa osaltaan alueellista ja ammatillista liikkuvuutta, kun taas nuoret ovat aktiivisimpia muuttajia. Rakenteellisesti se merkitsee kahdenlaisia ongelmia. Muuttotappioalueiden kunnissa väestörakenne ikääntyy nopeasti, minkä seurauksena hyvinvointipalvelujen tarve lisääntyy, mutta kuntien mahdollisuudet niiden järjestämiseen heikkenevät. Kasvukeskuksissa puolestaan kilpailu työpaikoista kiristyy ja kouluttamattomien nuorten mahdollisuudet työelämässä heikkenevät. Sen seurauksena nuorisotyöttömyyden rakenne vaikeutuu.

Rakenteellisia ongelmia työmarkkinoilla aiheuttavat myös muuttuvat työvoiman osaamisvaatimukset. Koska teknologinen kehitys ja kansainvälinen kilpailu suosivat

koulutusta ja ammattitaitoa, joutuvat heikon koulutuksen ja työkokemuksen omaavat muita todennäköisemmin työttömiksi. Työmarkkinoiden rakennemuutoksen myötä osaamista vaativat työtehtävät lisääntyvät, kun taas monet vähemmän osaamista vaativat työtehtävät katoavat kokonaan. Uusissa tehtävissä vaadittavien taitojen oppiminen saattaa nykyisin olla huomattavasti vaikeampaa kuin se oli vielä edellisellä vuosikymmenellä. Työelämässä pysyminen vaatii siten jatkuvaa kouluttautumista ja uuden opettelua.

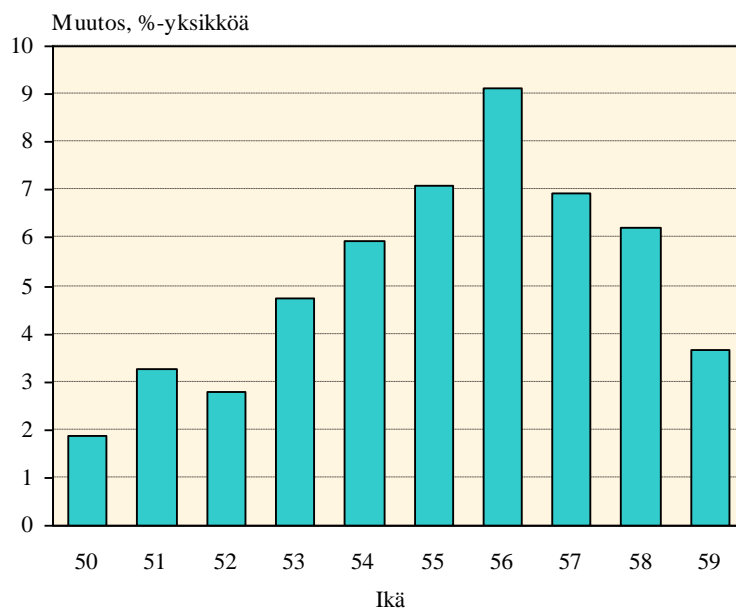
Työttömyyseläke varhaisen eläkkeelle siirtymisen reittinä

Sosiaalimenojen rahoitus perustuu ennen muuta korkeaan työllisyysasteeseen. Laaja työttömyys ja varhainen eläkkeelle siirtyminen aiheuttavat ongelmia kahdella tavalla. Samalla kun ne kasvattavat etuusmenoja, ne myös pienentävät sosiaaliturvan rahoituspohjaa.

Niin sanotussa työttömyyseläkeputkessa olevat ovat erityinen haaste työ- ja sosiaaliviranomaisille. Jos ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työhön palaamisen tukemisessa ei onnistuta, mahdollinen hidastuva talouskasvu säilyttää varhaisen eläkkeelle siirtymisen huolestuttavan yleisenä vaihtoehtona.

Vuoden 1997 alussa työttömyyseläkeputken alaikäraja myöhennettiin kahdella vuodella 53 ikävuodesta 55 ikävuoteen. Muutoksen yhteydessä turvattiin ennen vuoden 1996 loppua alkaneiden lisäpäiväoikeuksien jatkuminen, minkä takia ikärajan nosto vaikutti liukuvasti aina vuoteen 1998 asti. Ikärajan nosto ja hyvä talouskehitys näyttävät kohentaneen työllisyyttä erityisesti niissä ikäryhmissä, joihin uudistus on ehtinyt vaikuttaa (kuvio 25).

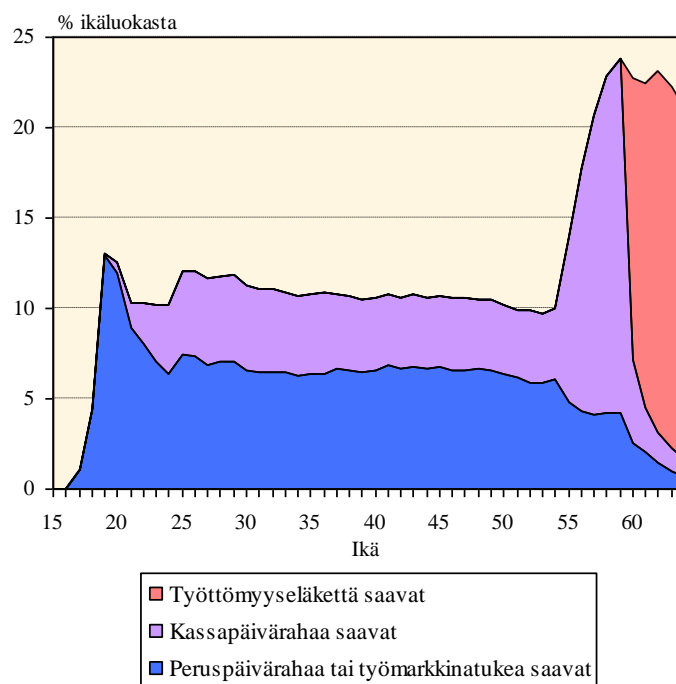
Kuvio 25. Työllisyysasteen muutos iän mukaan vuodesta 1995 vuoteen 1998
Vuoden lopun tilanne työssäkäyntitilaston mukaan. 1998 ennakkotieto



Vaikuttaa ilmeiseltä, että työnantajat ja työntekijät voivat vaikuttaa työttömyyden lisääntymiseen eläkeputken alussa ja että kannustimilla on merkittävä vaikutus. Työttömyyden lisääntyminen iän myötä riippuu ilmeisen oleellisesti myös sosiaaliturvajärjestelmän rakenteesta. Vuonna

1998 korvatuista ansiosidonnaisista työttömyyspäivistä 24 prosenttia kohdistui eläkeputkessa oleviin ja vuonna 2000 arviolta jo lähes 30 prosenttia. Siten muutokset työttömyyseläkejärjestelmässä parantavat edellytyksiä työttömyyden alentamiseen. (Kuvio 26.)

Kuvio 26. Työttömyysturvaetuuksien saajat iän mukaan vuonna 1998



Toteutetut työttömyyseläkkeiden ja yksilöllisten varhaiseläkkeiden eläkeikien korotukset ovat selvästi padonneet ikärajan alapuolelle jäävien eläkkeelle siirtymistä. Toisaalta työttömyyseläkkeen saamisen ehdot ovat sellaiset, että työttömyyseläkkeelle siirtymisestä 60 vuoden iässä on muodostunut merkittävin eläkkeelle siirtymisen väylä.

Suuret ikäluokat ovat lähestymässä varhaiseläkeikää tilanteessa, jossa muistissa ovat poikkeuksellisen syvän laman kokemukset. Työttömyyseläkkeelle siirtymistä odottaa eläkeputkessa lähes 50 000 työtöntä. Lisäksi epävakaisiin työsuhteisiin ja uusiin tehtäviin on palannut varsin huomattava määrä varhaiseläkeikää lähestyviä työntekijöitä, joiden kytkeäntä työmarkkinoihin ei ole työttömyyden ja lomautusten jälkeen uudestaan vakiintunut. Tällöin jo pelkästään uusien tehtävien vaativuus voi laukaista hakeutumisen työkyvyttömyyseläkkeelle.

Työmarkkinoiden toimivuutta lisääviä toimenpiteitä tarvitaan

Työllisyyden parantaminen on keskeinen tavoite kaikissa EU-maissa. Toukokuun 1999 alussa voimaan tulleessa Amsterdamin sopimuksessa Euroopan Unionin perustamissopimukseen lisättiin uusi työllisyyttä koskeva osasto. Sen mukaan jäsenvaltiot katsovat työllisyyden edistävän yhteistä etua ja pyrkivät kehittämään yhteistä työllisyysstrategiaa.

Työllisyysstrategiaa toteutetaan sopimalla vuosittain työllisyyspolitiikan suuntaviivat ja laatimalla niiden mukaiset kansalliset työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelmat. Nämä toimintasuunnitelmat laadittiin ensimmäisen kerran vuonna 1998. Vuonna 1999 jo toisen kerran laaditut toimintasuunnitelmat käsittävät edellisen vuoden suunnitelmien seurannan ja uudet toimenpiteet joulukuussa 1998 hyväksytyjen työllisyysuuntaviivojen toteuttamiseksi.

Suuntaviivat on ryhmitelty neljään pilariin: työllistävyyden parantaminen, yrittäjyyden edistäminen, yritysten ja työntekijöiden sopeutumiskyvyn parantaminen sekä sukupuolten yhtäläisten mahdollisuuksien edistäminen. Sukupuolten välisen tasa-arvon edistämistä on toimintasuunnitelmassa tarkasteltu valtavirtaistamisperiaatteen mukaisesti.

Suomessa työttömyyden hoidon kannalta keskeistä on alentaa pitkäaikaistyöttömien määrää ja parantaa heikosti koulutettujen ja matalapalkkaisten työllistymisedellytyksiä. Tähän tavoitteeseen pyritään muun muassa sosiaali- ja terveysministeriön ja työministeriön yhteishankkeessa, jossa tehtävänä on kehittää sosiaali- ja terveystoimen ja työvoimahallinnon yhteistyötä paikallis- ja alueatasolla. Työryhmän määräaika on vuoden 1999 loppu.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti lisäksi kaksi etuus- ja verotusjärjestelmään liittyvää työryhmää vuodeksi 1999. Aktiivisen sosiaalipolitiikan työryhmän tehtävänä on selvittää sosiaali- ja terveystoimen, sosiaalivakuutuksen ja työvoimahallinnon yhteisten ja vaikeasti työllistettävien asiakkaiden työllistämistä ja aktivointia edistäviä rakenteellisia ja lainsäädännöllisiä toimenpiteitä. Sosiaaliturvan väärinkäytöksiä koskevan työryhmän tehtävänä on selvittää väärinkäytösten laajuutta ja etsiä keinoja niiden vähentämiseksi.

Verotukseen, etuuksiin ja maksujärjestelmiin on viime vuosina tehty muutoksia työllisyys- ja tuloloukkujen poistamiseksi. Vuonna 1997 palkka- ja yrittäjätulojen verotusta muutettiin pienipalkkaista tai satunnaista työtä kannustavaksi korottamalla kunnallisverotuksen ansiotulovähennystä 2000 markasta 5500 markkaan. Vuonna 1999 tätä kannustinvähennystä kasvatettiin edelleen 8600 markkaan. Vuonna 1998 toteutettiin toimeentulotuen, asumistuen, työttömyysturvan ja opintotuen aiempaa parempi yhteensovittaminen. Vuoden 1999

alussa valmistuneen valtiovarainministeriön raportin mukaan kynnyspalkat ovat alentuneet merkittävästi kaikissa perhetyypeissä ja kannustinloukkuja on saatu purettua.

Useissa Euroopan maissa on tällä vuosikymmenellä keskusteltu paljon siitä, voitaisiinko heikosti koulutettujen, matalapalkkaisten työntekijöiden työllisyyttä parantaa alentamalla työnantajien välillisiä työvoimakustannuksia. Matalapalkkaisuun kohdennettuja työnantajamaksujen alennuksia on toteutettu muun muassa Alankomaissa, Ranskassa ja Belgiassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti toukuussa 1999 työryhmän pohtimaan Suomen mahdollisuuksia alentaa ja porrastaa työnantajan kansaneläke- ja sairausvakuutusmaksuja siten, että pienipalkkaisen työvoiman ja työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevien työnsaantimahdollisuudet paransivat. Työryhmä totesi, että koska tehtyjen selvitysten mukaan pienten maksujen alennusten työllisyysvaikutukset ovat vähäiset, parhaat työllisyysvaikutukset ovat saavutettavissa toisiaan tukevilla toimenpiteillä, jotka kohdistuvat työvoiman kysyntään, tarjontaan ja kannusteisiin. Sen vuoksi työnantajamaksujen alennukset yhdessä kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen ja aktiivisten työvoima- ja sosiaalipolitiikan toimenpiteiden kanssa voivat yhdessä johtaa matalapalkkaisten työllisyyden kohenemiseen. Työryhmän mielestä tarkoituksenmukaisin tapa pienentää työnantajamaksuja olisi alentaa työnantajan kansaneläkemaksua nykyisen porrastuksen puitteissa kohdistamalla alennus ensivaiheessa alimpaan poistoporrastusluokkaan.

Hallitus on varautunut keventämään tuloveroja ja sosiaalivakuutusmaksuja hallituskauden aikana. Hallitusohjelman mukaan talouden kasvun ja työllisyyden kohenemisen edellytyksiä parannetaan suuntaamalla vaalikauden aikana 10-11 miljardin markan verojen ja veroluonteisten maksujen ke-

vennykset ansiotuloihin ja välillisiin työvoimakustannuksiin.

Tulevaisuuden työmarkkinoilla tarvitaan yhä enemmän osaamista ja ammattitaitoa. Tämän tavoitteen tukemiseksi työttömyysturvan kokonaisuudistuksen yhteydessä otettiin käyttöön koulutusvakuutus. Koulutusvakuutuksesta on toteutettu jo kaksi ensimmäistä vaihetta, pitkäaikaistyöttömien ja kaikkien työttömien koulutustuki. Hallituksen ja työmarkkinajärjestöjen välillä on parhaillaan selvittävänä koulutusvakuutusjärjestelmän kolmas vaihe, joka parantaisi omaehtoisen koulutuksen mahdollisuuksia työssä olevalle henkilöstölle.

Koska keskimääräinen työmarkkinoilta poistumisikä on Suomessa kansainvälisesti vertaillen alhainen, on tavoitteena pidentää työuraa eläkepoliittisilla ratkaisulla. Työmarkkinoiden keskusjärjestöt valmistelivat Kari Puron työryhmässä mahdollisuuksia vähentää varhaista työelämästä poistumista ja sen esitykset valmistuivat kesällä 1999. Työryhmä esitti, että yksityisellä sektorilla työttömyyseläkeputken ikäraja säilyy 55 vuotena, mutta 60-65 -vuotiaiden työttömyyseläke pienenee jonkin verran. Osaaika-eläkkeen ikäraja pysyy 56 vuodessa, mutta yksilöllisen varhaiseläkkeen ikäraja nousee vuonna 1944 tai sen jälkeen syntyneillä 58 vuodesta 60 vuoteen. Työnantajien omavastuuta työttömyyseläkkeistä korotetaan, mutta jos työnantaja ottaa töihin yli 50-vuotiaan hänen vastuunsa työttömyys- ja työkyvyttömyyseläkkeistä alenee. Julkisen alan eläkkeistä neuvotellaan myöhemmin. Hallitus on antanut asiaa koskevat lakiesitykset eduskunnalle syysistuntokaudella.

Varhaiseläkejärjestelmien kehittämistä on syytä jatkaa edelleen. On kuitenkin huomattava, että varhaiseläkkeiden ikärajojen nostamisella ja muilla eläke-ehtojen kiristämisisillä on toivottu vaikutus vain, jos samanaikaisesti tuetaan ikääntyvien työssäpysymistä. Muussa tapauksessa paine pur-

kautuu esimerkiksi työttömyytenä tai työkyvyttömyyseläkkeiden kääntymisenä uuteen kasvuun.

Ikääntyvien työntekijöiden työllisyyttä käsiteltiin Euroopan unionin epävirallisessa työ- ja sosiaaliasiain neuvoston kokouksessa Oulussa heinäkuussa 1999. Ikääntyvien työntekijöiden työllisyys ja työelämässä pysyminen ovat riippuvaisia heidän työllistyvyydestään. Työllistyvyyteen vaikuttavat paitsi terveys ja toimintakyky myös koulutus, ammatillinen osaaminen, asenteet ja motivaatio. Lisäksi työympäristö ja työyhteisö vaikuttavat merkittävästi siihen, miten työntekijä voi käyttää omia voimavarojaan. Ikääntyvien työntekijöiden selviytyminen työmarkkinoilla vaatii sekä näiden omien voimavarojen vahvistamista että työelämän kehittämistä kaikenikäisille paremmin sopivaksi.

Näitä edellytyksiä pyritään parantamaan Kansallisen ikäohjelman avulla, joka alkoi vuonna 1997 ja jatkuu vuoteen 2001 saakka. Ikäohjelman tavoitteena on sekä edistää ikääntyvien työntekijöiden pysymistä työelämässä vanhuuseläkkeeseen asti että edistää yli 50-vuotiaiden työttömien paluuta takaisin työelämään. Viime vuosien tilastot osoittavatkin, että eläkkeellesiirtymisen keski-ikä on kohonnut ja ikääntyneiden työllisyysasteet ovat kasvaneet. Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyysriski on vähentynyt jo pidemmän aikaa. Mikäli kehitys jatkuu samansuuntaisena, suuret ikäluokat ovat varhaiseläkeiässä 55-vuotiaana edeltäjiään terveempiä, mikä myötävaikuttaa osaltaan työllisyysasteen kohoamiseen.

Kirjallisuutta

EU:n työllisyysuuntaviivojen mukainen Suomen työllisyyspolitiikan toimintasuunnitelma. Työministeriö. Toukokuu 1999.

Hjerpe, R., Ilmakunnas, S. ja Voipio, I. B. (toim.) (1999): Hyvinvointivaltio 2000-luvun kynnyksellä. VATT-vuosikirja. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.

Holm, P., Sinko P. ja Tossavainen, P. (1999): Työpaikkojen syntyminen ja päättymisen ja rakenteellinen työttömyys. VATT-tutkimuksia 52. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.

Hytti, H. (1998): Varhainen eläkkeelle siirtyminen - Suomen malli. Sosiaali- ja terveys turvan tutkimuksia 32. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Ilmarinen, J. (1999): Ageing workers in the European Union, Status and promotion of work ability, employability and employment. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki.

Järnefelt, N. (1999): Syrjitäänkö ikääntyviä työhönotossa? Hyvinvointikatsaus 3/99

Marjanen, M. (1999): Työpankki - vaikeimmin työllistettävien työttömien työllistämismalli. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1995:5.

Niinivaara, R. (1999): Kannustinloukkutyöryhmän ehdotusten toteutumisen arviointia. Valtiovarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 4/99.

Pohjola, M. (toim.) (1998): Suomalainen työttömyys. Taloustieto Oy. Helsinki.

Työnantajamaksujen alentamista ja porastamista selvittävän työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1999:11.

Vartia, P. ja Ylä-Anttila, P. (toim.) (1999): Teknologia ja työ. Taloustieto Oy. Helsinki.

Ylöstalo, P. (1999): Työolobarometri. Lokakuu 1999. Työpoliittinen tutkimus 204. Työministeriö. Helsinki.

2.7. Asuminen ja toimeentulotuki

	1997	1998*	1999**	2000**
Yleisen asumisten menot (mmk)	2 169	2 615	2 900	2 800
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotital.)	184 600	205 600	204 000	185 000
- joista lapsiperheet	83 400	82 100	82 000	81 000
Eläkkeensaajien asumistuen menot (mmk)	1 160	1 214	1 290	1 370
Eläkkeensaajien asumistuen saajat 31.12.	155 000	159 000	161 000	163 000
Opiskelijoiden asumislisän menot (mmk)	620	615	615	730
Opiskelijoiden asumislisän saajat 31.12.	92 000	94 000	95 000	140 000

*ennuste

**ennakkotieto

2.7.1. Asumisen tukeminen

Asumisen kokonaistuki vähentynyt

Sosiaalimenolaskelmassa asumisen pääluokkaan lasketaan ainoastaan yleinen asumistuki. Eläkkeensaajien asumistuet sisältyvät eläkemenoihin. Opiskelijoiden asumislisä jää kokonaan sosiaalimenokäsittelyn ulkopuolelle. Suorien asumistukijärjestelmien lisäksi asumista ja asuntojen rakentamista tuetaan korkotuilla, avustuksilla ja verotuilla. Korkotukia ovat ASP-tuki, aravalainat ja korkotukijärjestelmät. Suorat avustukset asumiseen kohdistuvat erilaisille erityisryhmille ja korjaustoimintaan. Verotuista keskeisin on asuntolainojen korkojen verovähennys.

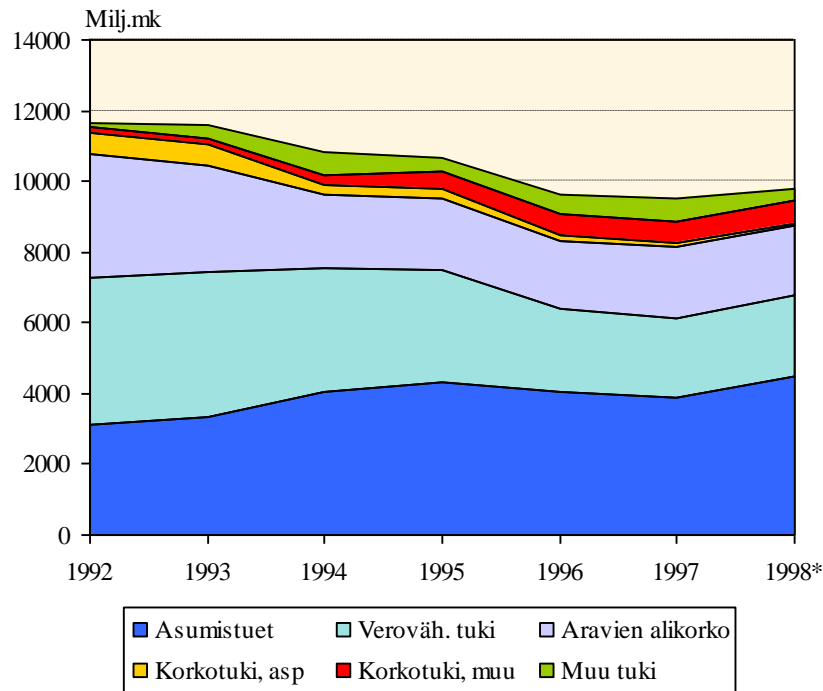
Asumisen kokonaistuki oli huipussaan vuonna 1992 lähes 12 miljardia markkaa, jonka jälkeen se on pienentynyt. Vuonna

1998 tuki oli vajaat 10 miljardia markkaa ja vuonna 2000 sen arvioidaan olevan enää noin 9 miljardia markkaa. Verotuki on pienentynyt huomattavasti, mikä johtuu korkovähennyksiin vuonna 1993 tehdyistä muutoksista sekä korkojen laskusta. Sama on tapahtunut korkotuille. Suhdannesyistä talonrakentamisen tukemista on jonkin verran vähennetty samoin kuin korjausavustuksiakin. Asumistuen saantikriteereitä on useaan otteeseen muutettu ja kohdistettu uudelleen. (Kuvio 27.)

Vuonna 1998 asumisen kokonaistuesta 72 prosenttia oli tarveharkintaista tukea ja 28 prosenttia yleistä tukea. Yleisistä tuista suurin oli korkojen verovähennyksen kautta annettu tuki, jonka osuus oli 23 prosenttia kokonaistuesta. Tarveharkintaisista tuista merkittävimpiä olivat asumistuet sekä aravalainojen alikorko.

Kuvio 27. Asumisen kokonaistuki vuosina 1992-1998

Milj. mk. käyvin hinnoin



Lähde: Ympäristöministeriö

Kotitalouksille maksettavat suorat asumistuet ovat tarveharkintaisia. Tukea myönnettäessä otetaan huomioon kotitalouden tulot, varallisuus, asumisväljyys ja asumismenot. Tukien tavoitteena on edistää kohtuullisen asumistason saavuttamista myös pienituloisille. Tuen avulla pyritään pitämään asumismenojen osuus kotitalouden tuloista kohtuullisena. Tiukan tuloharkinnan takia asumistuen väheneminen alkaa jo hyvin pienistä tuloista.

Yleistä asumistukea maksetaan pienituloisille kotitalouksille. Työttömyyden lisääntyminen kasvatti asumistuen tarvetta. Samaan aikaan tulotason laskun ja vuokrien nousun kanssa asumistuen menoja supistettiin tuloharkintaa kiristämällä. Tämän seurauksena asumistuen saajiksi jäi suurelta osin kotitalouksia, jotka elävät pääosin jonkin toimeentuloturvaetuuden varassa. Yleisen asumistuen saajista on työttömiä noin 57 prosenttia.

Yleinen asumistuki syntyi lapsiperheiden tukimuodoksi. Nykyisin asumistuen saajista on lapsiperheitä enää 43 prosenttia ja yksinasuvien osuus on noussut 44 prosenttiin. Lapsiperheistä runsaat puolet on yksinhuoltajaperheitä. Asumistukea sai vuoden 1999 lokakuussa 199 000 ruokakuntaa ja keskimääräinen tuki oli 1112 markkaa. Vuonna 1998 sekä saajien määrä että keskimääräinen tuki lisääntyivät asumistuen korotuksen seurauksena. Kehitys on jatkunut edelleen vuonna 1999. Asumistukea korotettiin vuonna 1998 samalla kun toimeentulotukeen sisällytettiin asumiskustannusten omavastuu. Uudistus lisäsi asumistuen menoja 600 miljoonalla markalla. Uudistuksen tavoitteena oli tukea työllistymistä. Työllisyyden paraneminen vaikuttaa kuitenkin viiveellä pitkäaikaistyöttömiin ja asumistuen saajien työllistymiseen ja siten asumistuen tarpeeseen.

Eläkkeensaajille ja opiskelijoille on omat asumistukijärjestelmänsä, jotka eroavat joidenkin yksityiskohtien osalta yleisestä

asumistuesta. Eläkkeensaajien asumistuki on suoraan kytketty eläkkeeseen ja sen keskeinen tavoite on turvata asuminen tussassa asunnossa ja estää laitokseen joutumista. Tavoitteestaan johtuen eläkkeensaajien asumistuen asuntoa koskevat määräykset ovat väljempiä kuin yleisessä asumistuksessa. Tukijärjestelmän kehittämisessä keskeistä on sen suhde vanhusten palveluihin. Vuoden 1998 lopussa eläkkeensaajien asumistuen saajia oli 159 000 ja he saivat tukea keskimäärin 634 markkaa kuukaudessa.

Opiskelijoiden asumislisää saavat vuokra-asunnossa yksin asuvat opiskelijat. Asumislisä on osa opintotukea ja taso pyritään kytkemään opiskelija-asuntojen vuokratasoon. Opintotuen asumislisän saajia oli vuoden 1998 lopussa 92 000 ja heidän saamansa keskimääräinen tuki 720 markkaa kuukaudessa. Opiskelijoiden asumisen tukea kehitetään edelleen osana opintotukijärjestelmää siten, että perusteet yhtenäistyisivät myös yhdessä asuvien opiskelijoiden kohdalla. Hallituksen antaman esityksen mukaan muut opiskelijat kuin lapsiperheet ja omistusasunnossa asuvat siirtyisivät yleisestä asumistuesta opintotuen asumislisän piiriin 1.5.2000 lukien. Opiskelijoiden asumislisään tulisi samalla korotus, mutta asumislisää ei edelleenkään maksetaisi kesäaikana.

Asumistukijärjestelmä on joutunut reagoimaan nopeisiin taloudellisiin muutoksiin. Markkinat ovat heiluttaneet asuntojen tarjontaa ja kysyntää. Vaikka työllisyyden parantaminen ei samassa suhteessa näy asumistuen tarpeen vähenemisenä, tulee se pitemmällä ajanjaksolla parantamaan tilannetta, jos asuntojen tarjonta on samaan aikaan riittävää. Työllisyystilanteen ja asuntomarkkinoiden vakiintuessa tukea voidaan kehittää paremmin sosiaalipolitiikan osana ottamaan huomioon asuntomarkkinoiden eriytyminen eri väestöryhmien ja maan eri alueiden välillä.

Asumismenot nousseet

Asunto- ja vuokramarkkinoilla on 1990-luvulla vähennetty julkista tukea ja vapautettu hinnat markkinoiden ohjailtavaksi. Vuokrien sääntely lakkasi 1.5.1995 kaikissa vapaarahoitteisissa vuokrasuhteissa. Aravavuokra-asunnoissa hintojen sääntely on edelleen voimassa. Vuokrat ovat nousseet koko 1990-luvun ja vuodesta 1996 vuoteen 1999 huomattavasti nopeammin kuin aikaisempina vuosina. Vuoden 1998 huhtikuusta vuoden 1999 maaliskuuhun vuokrat nousivat uusissa vuokrasuhteissa noin 4,3 prosenttia. Nopeinta vuokrien nousu on ollut pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa. Pääkaupunkiseudulla vuokrat ovat yli 30 prosenttia suuremmat kuin muualla.

Arava-asuntojen vuokria on nostettu ja myös niiden saanti on vaikeutunut huomattavasti. Arava-asuntoa jonotti vuonna 1998 yli 100 000 perhettä, joista pääkaupunkiseudulla 43 000. Asumistuen hyväksyttävien asumismenojen taso ei ole voinut seurata vuokrien kehitystä etenkin pääkaupunkiseudulla. Asuntojen puute estää asumistuen tarvitsijoiden mahdollisuutta muuttaa halvempaan tai perheelle paremmin sopivaan asuntoon. Asuntojen puute kasvukeskuksissa saattaa vaikeuttaa työvoiman liikkumista ja työllistymistä, kun kohtuuhintaista ja kohtuullisen kokoista asuntoa ei löydy sieltä missä on työtä. Asumistuki ei myöskään ota huomioon perheenjäsenten asumista eri paikkakunnilla. Pitkän vähenemiskauden jälkeen asunnottomuus on viime vuosina alkanut uudelleen lisääntyä. Uusi piirre on asunnottomien naisten ja nuorten määrän lisääntyminen.

Vuodesta 1995 lähtien omistusasuntojen hinnat ovat nousseet nopeasti. Pääkaupunkiseudulla hinnat ovat nousseet vuosittain yli 10 prosenttia. Muualla maassa hintojen nousu on ollut jonkin verran hitaampaa. Pääkaupunkiseudulla kerrostaloasunto maksaa keskimäärin 11 000 mk/m². Pää-

kaupunkiseudun ja muun maan välinen hintaero on kasvanut nousun myötä ja tällä hetkellä pääkaupunkiseudulla kerrostalo-asunnon neliöhinta on 79 prosenttia korkeampi kuin muualla maassa. Omistusasunnossa asumisen hintaa on alentanut puolestaan korkotason huomattava lasku. Kun uusien asuntoluottojen nimelliskorko oli vuonna 1993 noin 13 prosenttia, on se nyt laskenut alle 5 prosentin. Korkotason alenemisen lisäksi asunnonhankintaa ovat helpottaneet pidentyneet laina-ajat ja asuntojen uudet rahoitusmallit. Osittain näistä

syistä ovat kotitaloudet lisänneet vuodesta 1996 asuntolainojensa määrää 30 miljardilla markalla yli 122 miljardiin markkaan.

Asumismenot ovat kasvaneet koko 1990-luvun etenkin vuokralla asuvilla. Kun vuonna 1990 asumismenot olivat korkeintaan 20 prosenttia tuloista 66 prosentilla kotitalouksista, oli tämän rajan alapuolella enää noin puolet kotitalouksista ja nekin lähinnä velattomassa omistusasunnossa asuvia.

2.7.2. Toimeentulotuki

	1997	1998*	1999**	2000**
Toimeentulotukimenot (mmk) (netto)	3 039	2 600	2 300	2 200
% sosiaalimenoista	1,6	1,4	1,2	1,1
% BKT:sta	0,5	0,4	0,3	0,3
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	344 700	310 400	294 200	280 400

* ennakkotieto

**ennuste

Toimeentulotuen saajat vähentymässä

Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä lähes kaksinkertaistui 1990-luvun alkupuoliskolla. Enimmillään toimeentulotukea sai vuoden 1996 aikana noin 350 000 kotitaloutta. Kotitalouksiin kuului yhteensä 610 000 henkilöä. Vuonna 1997 toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä alkoi vähitellen supistua. Seuraavana vuonna toimeentulotuen saajien määrä supistui jo 310 000 kotitalouteen. Ennakkotiedot vuodelta 1999 osoittavat toimeentulotuen käytön edelleen vähentyvän. Vuoden 1999 ensimmäisellä vuosipuoliskolla toimeentulotukea saaneita kotitalouksia oli 8 prosenttia vähemmän kuin edellisen vuoden vastaavana ajanjaksona.

Toimeentulotukimenojen kasvu taittui vuonna 1998, jolloin toimeentulotukimenot pienenivät noin 15 prosenttia 2,6 miljardiin markkaan. Vuoden 1999 ensimmäisellä vuosipuoliskolla toimeentulotukimenot supistuivat 12 prosenttia edellisen vuoden vastaavaan ajanjaksoon verrattuna.

Sekä toimeentulotuen saajien määrä että toimeentulotukimenot ovat pienentyneet kaikissa maakunnissa. Kaupunkimaisissa kunnissa toimeentulotuen käyttö on vähentynyt hieman nopeammin kuin taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa.

Toimeentulotuen saannin keskimääräinen kesto on kasvanut 1990-luvulla. Samalla pitkäaikaisasiakkaiden osuus on kasvanut. Vuonna 1990 toimeentulotuen saajista noin 12 prosenttia sai sitä lähes koko vuoden

ajan. Vuonna 1997 jo noin neljännes toimeentulotukea saaneista oli pitkäaikaisasiakkaita. Keskeisenä syynä saannin keston pitkittymiseen ovat olleet pitkäaikais-työttömyyden takia kasautuvat toimeentulolovaikeudet. Vuonna 1998 sekä pitkäaikaisasiakkaiden osuus että toimeentulotuen saannin keskimääräinen kesto hieman pienenivät.

Toimeentulotukilain uudistuksen seuranta

Osittain toimeentulotuen saajien ja menojen viimeaikainen supistuminen johtuu toimeentulotukeen ja eräisiin muihin etuuksiin tehdyistä muutoksista. Uusi toimeentulotukea säätelevä laki ja sitä täydentävä asetus tulivat voimaan 1.3.1998. Tässä yhteydessä toimeentulotuen perusosalla katettaviin menoihin sisällytettiin osa asumismenoista (7 %). Samalla alle kymmenvuotiaiden lasten perusosaa alennettiin kolmella prosenttiyksiköllä. Lisäksi useampilapsisten perheiden lasten perusosia alennettiin perheen toisesta lapsesta lukien 5-10 prosenttiyksiköllä. Toimeentulotuen uudistaminen oli osa laajempaa kokonaisuutta, johon sisältyi muun muassa asumistuen parantaminen.

Päättyessään uudesta toimeentulotukea koskevasta laista hallitus edellytti, että uudistuksen vaikutuksia on seurattava. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tutkimuksessa toimeentulotuen kehitystä seurattiin 23 kunnassa. Tiedot kerättiin vuoden 1998 ensimmäisen viiden kuukauden ajalta sekä saman vuo-

den marraskuulta. Toimeentulotukea saaneiden kotitalouksien määrä pieneni seurantakunnissa vajaalla 13 prosentilla tammi-kuun ja marraskuun välisenä aikana. Suhteellisesti eniten vähentyi monilapsisten lapsiperheiden määrä. Toimeentulotuen saanti väheni kaikissa ikäryhmissä yli 65-vuotiaita lukuunottamatta, joiden määrä kasvoi hieman. Seurantakuntien toimeentulotukimenot laskivat kuukausitasolla noin neljänneksellä. Tutkijat olettavat, että merkittävin menoja alentanut tekijä on kuitenkin parantunut työllisyystilanne, eivätkä pelkästään eri etuuksiin tehdyt muutokset.

Tutkimuksessa selvitettiin asiakkuuden kestoa ja toimeentulotukiriippuvuutta. Tammi-, touko- ja marraskuun kaikista asiakkaista runsas neljännes oli asiakkaana kaikkina kolmena kuukautena. Seuranta-tutkimuksessa saadut riippuvuutta koskevat arviot ovat hyvin samansuuntaisia kuin toimeentulotukitilaston pitkäaikaisasiakkuuden tiedot.

Toimeentulotukiasetuksen mukaan kunnat voivat erikseen ottaa huomioon perusosaan sisältyviä asumismenoja. Seurantatutkimuksen perusteella kunnat näyttävät kuitenkin soveltavan asumiskustannusten 7 prosentin omavastuuta melko suoraviivaisesti. Tutkimuksen perusteella näyttää siltä,

että kuntien toimeentulotuessa soveltamat enimmäisvuokrat ovat yleensä hieman korkeammat kuin yleisessä asumistuessa. Pääkaupunkiseudulla näyttävät ainakin yksin asuvien asumismenot ylittävän toimeentulotuessa sovellettavat enimmäisrajat.

Kirjallisuutta

Keskitalo, E., Heikkilä, M. ja Laaksonen, S. Perusturvamuutosten vaikutukset: Ensimmäisen seurantavaiheen tutkimustuloksia. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, syyskuu 1998 (moniste)

Keskitalo, E., Heikkilä, M. Vuoden 1998 perusturvamuutosten vaikutukset. Arviointitutkimuksen väliraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Aiheita 10/1999.

Toimeentulotuen ennakkotilasto 1998. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 4/1999.

Toimeentulotuen ennakkotilasto 1999. Tammi-kesäkuu 1999. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 32/1999.

Toimeentulotukitilastot 1995 - 1997. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. SVT: Sosiaaliturva.

3. SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT

3.1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma annettu

Valtioneuvosto määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimenpidesuosituksukset seuraavalle nelivuotiskaudelle. Ensimmäinen tavoite- ja toimintaohjelma vuosiksi 2000-2003 annettiin lokakuussa 1999. Ohjelma sisältää sekä kunnille annettuja suosituksia että hallituksen toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjelma valmisteltiin laajassa yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, muiden ministeriöiden, keskusvirastojen, järjestöjen ja Suomen Kuntaliiton kanssa.

Ohjelmassa on painotettu ongelmien varhaiseen estämiseen liittyviä tavoitteita ja toimenpiteitä. Johtavana periaatteena on hallinnonalojen ja kuntarajojen ylittävän yhteistyön vahvistaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys, osaaminen ja jaksaminen korostuvat. Hallitus raportoi ohjelman toteutumisesta joka toinen vuosi eduskunnalle annettavan sosiaali- ja terveystietomuksen yhteydessä. Tavoite- ja toimintaohjelmaan liittyvä voimavarapäätös annetaan vuosittain valtion talousarvioletuksen antamisen yhteydessä.

Useita valtakunnallisia ja paikallisia kehittämishankkeita

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti keväällä 1997 terveydenhuollon kehittämishankkeen. Hankkeen selvitysmiehet jättivät raporttinsa helmikuussa 1998. Hankkeen johtoryhmä laati selvitysmiesten esitysten perusteella terveydenhuollon toimenpideohjelman. Valtaosa toimenpiteistä koski kuntasektorin toimijoita. Keskeinen toimeenpanovastuu tuli kuntien ja sairaanhoitopiirien päätöksentekijöille ja terveydenhuol-

lon toimintayksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille viisi alueellista yhteistyöryhmää, joiden vastuulle tulee toimenpiteiden toteuttaminen. Yhteistyöryhmä tiedottaa toiminnastaan alueellisesti ja paikallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti valtakunnallisen ohjausryhmän sekä vastaa projektia koskevasta yleisestä tiedottamisesta ja osallistuu yhteistyöryhmien toiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. Terveydenhuollon toimintayksiköt toteuttavat varsinaisen kehittämistyön omana toimintanaan. Yhteistyöryhmät laativat loppuraportit vuoden 2001 loppuun mennessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti yhdessä Stakesin kanssa helmikuussa 1998 suun terveydenhuollon kehittämishankkeen vuosille 1998-2000. Hankkeessa selvitetään kymmenessä kunnassa mahdollisuutta kohdentaa voimavaroja nykyistä tarkoituksenmukaisemmin ottaen huomioon lasten ja nuorten suun terveyden parantuminen sekä erityisesti keski-ikäisten hoidon tarpeen kasvu. Hankkeen myötä terveyskeskuksissa on lähdetty yksilöllistämään lasten ja nuorten tarkastusvälejä. Tarkastuksia ja ehkäisytoimenpiteitä on delegoitu hammashuoltajille ja -hoitajille. Lisäksi terveyskeskuslääkäreitä on kannustettu lähettämään hoidon tarpeessa olevia asiakkaitaan hammashoitoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman mukaan sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee tarpeelliset lainsäädäntömuutokset julkisin varoin tuetun hammashuollon laajentamiseksi asteittain koko väestölle kuntien palvelujärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän avulla. Laajennus tulee voimaan vuonna 2001. Valmistelussa otetaan huomioon käynnissä olevasta suun terveydenhuollon kehittämisprojektista saatavat kokemukset.

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä verkostoituvat erityispalvelut -projektissa on pyritty parantamaan sosiaalihuollon erityisryhmien palveluja kehittämällä yhteistyön muotoja. Projektin yhteistyökumppaneina ovat kuntien ja kuntayhtymien lisäksi sosiaalihuollon järjestöt.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen tietoteknologiakokeilu toteutetaan vuosina 1998-2000 Satakunnassa. Pilotti toteuttaa keväällä 1998 valmistuneita sosiaali- ja terveysministeriön kolmen työryhmän esityksiä. Työryhmät selvittivät asiakaskeskeisten saumattomien palveluketjujen kehittämistä, asiakaskortin roolia sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tietosuojan ja tietoturvan parantamista. Satakunnassa kehitetään organisaatorajat ylittävää palveluketjua asiakaslähtöisesti, ihmisten kotona selviytymistä tukien. Alueella kokeillaan ja arvioidaan uusia tietoteknisiä ja telemaattisia ratkaisuja. Kansalaisten kannalta merkittävä kokeilu on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskortti.

Kunnat ovat viime vuosina etsineet perusterveydenhuollon järjestämiseen erilaisia ratkaisuja. Karjaan kaupunki on päättänyt terveydenhuollon palvelujen ja osan sosiaalihuollon palvelujen hankkimisesta Samfundet Folkhälsanilta. Piippola puolestaan ostaa terveystalonsa naapurikunnaltaan Haapavedeltä. Vastaavia sopimuksia on muutamien muidenkin kuntien kesken.

Sopimusohjausmallit ovat edelleen kiinnostaneet kuntia eri puolella Suomea. Pirkanmaalla on edetty pitkälle oman sopimusohjausmallin aikaansaamisessa sairaanhoitopiiriin ja piiriin kuntien kesken. Osa alueen kunnista muodostaa ostopiirejä ja osa, lähinnä suurimmat kunnat, toimivat omina yksikköinä palvelujen tilaajina. Uudistuksen yhteydessä on tarkoitus muuttaa palvelujen laskutusperusteita siten, että kapitaa-tiotekijä tulee merkittäväksi eräisiin palveluihin, ja että tilauksen alittava tai ylittävä

käyttö hinnoitellaan marginaalikustannusten mukaan.

Pääkaupunkiseudun terveydenhuollon päälekkäisyyksiä pyritään purkamaan ja toimintaa tehostamaan järjestämällä alueen erikoissairaanhoidon uudelleen. Vuoden 2000 alusta uusi sairaanhoitopiiri (HUS) korvaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Ensi vaiheessa uudistus merkitsee uudelleenjärjestelyjä erikoissairanhoidossa Helsingin kaupungin alueella.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon investointijärjestelmä uudistetaan

Kunnat ja valtio rahoittavat yhdessä kuntien järjestämien sosiaali- ja terveystalusten edellyttämät investoinnit. 1990-luvulla investoinnit on pyritty suuntaamaan avopalveluja tukevaan suuntaan laitostalustamisen sijasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeisiin maksettava valtionosuusprosentti esitetään rajoitettavaksi ensi vuoden alusta lähtien vahvistettavissa hankkeissa 25 prosenttiin. Vuosina 2000-2001 vahvistettavien pienten, 2-25 miljoonan markan hankkeisiin maksettaisiin kuitenkin valtionosuutta nykyisin perustein 25-50 prosenttia hankkeen kokonaiskustannuksista.

Perustamishankejärjestelmä on tarkoitus uudistaa asteittain vuodesta 2001 lähtien siten, että voimavaroja suunnataan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kehittämistä ja henkilöstön ammatillista osaamista tukeviin hankkeisiin. Rakentamishankkeita uudessa järjestelmässä tuetaan vain poikkeuksellisesti silloin, kun niillä on yhteys kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalliseen kehittämiseen. Järjestelmä on täysimääräisesti voimassa vuonna 2003.

Euroopan investointipankki on vuodesta 1997 alkaen ryhtynyt rahoittamaan myös jäsenmaiden terveydenhuollon investointeja. Kesään 1999 mennessä pankki oli anta-

nut terveydenhuollon investointeihin lainoja neljään jäsenmaahan yli kaksi miljardia euroa. Suuret lainat pankki myöntää yksittäiselle hakijalle. Lainoitus pieniin ja keskisuuriin projekteihin tapahtuu siten, että pankki myöntää puitelainoja jollekin välittäjäorganisaatiolle, joka myöntää lainoja hakijoille. Suomessa lainoja välittää Kuntarahoitus Oyj.

3.2. Yksityinen sektori ja järjestöt merkittäviä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajia

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ja yksityisen sektorin osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta on merkittävä, sillä viidesosa tuotannosta tapahtuu julkisen sektorin ulkopuolella. Järjestöt ja yritykset tuottavat erityisesti julkisia palveluita täydentäviä palveluita. Voittoa tavoittelemattomat järjestöt tuottavat etenkin sosiaalipalveluita, yritykset ovat lähinnä terveyspalvelujen tuottajia. Vuonna 1997 järjestösektorin tuotannon arvo oli 7,4 miljardia markkaa ja henkilöstön määrä runsaat 25 000. Yritysten liikevaihto oli noin 6,1 miljardia markkaa ja henkilöstön määrä runsaat 18 000.

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminta tukeutuu voimakkaasti Raha-automaattiyhdistyksen (Ray) avustuksiin. Vuonna 1999 Ray:n avustuksia jaettiin lähes 1,4 miljardia markkaa yli tuhannelle järjestölle. EY:n tuomioistuimen syyskuussa 1999 antaman päätöksen mukaan Ray:n monopoliasema ei ole EU:n lainsäädännön vastainen, ja rahapelitoimintaa sekä tuottojen käyttöä voidaan jatkaa nykyisen käytännön mukaisesti.

Osa yksityisen sektorin ja järjestöjen toiminnasta perustuu kuntien kanssa tehtäviin ostopalvelusopimuksiin. Ostopalvelusopimukset ovat sosiaalihuollossa yleisempiä kuin terveydenhuollossa. Suhteellisesti eniten ostetaan lasten- ja nuorten laitoshuollon palveluita yksityisiltä tuottajilta kuten pienryhmäkodeilta. Terveys- ja hoito- ja terveydenhuollossa osto-

palvelusopimukset koskevat pääasiassa sairaankuljetusta ja erilaisia tutkimus- ja tukipalveluita. Jotkut kunnat ovat tosin tehneet merkittäviä terveydenhuollon ostopalvelusopimuksia yksityisten palvelutuottajien kanssa.

Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien määrä on ollut viime vuosina nousussa. Vuonna 1998 oli toiminnassa lähes 2 300 yksityisiä sosiaalipalveluita tarjoavaa toimintayksikköä. Näistä kolmannes tuotti asumispalveluja, runsas viidennes oli lasten päiväkoteja ja 13 prosenttia kotipalvelujen tuottajia.

Yksityisiä sosiaalipalveluja tuotetaan eniten Etelä-Suomessa. Yksityisistä lasten päiväkodeista puolet sijaitsee Uudellamaalla. Sen sijaan asumis- ja kotipalvelujen tuottajat ovat jakaantuneet tasaisemmin eri puolille maata.

Yksityisen sektorin osuus koko sosiaalipalvelutoiminnasta on pysynyt viime vuosina vakaana. Vuonna 1998 sosiaalialan työllisistä työskenteli yksityisellä sektorilla 16 prosenttia.

Yksityiset sosiaalipalvelut rahoittavat toimintansa pääosin myymällä palveluitaan kunnille. Kaksi kolmesta toimintayksiköstä myy vähintään puolet palveluistaan kunnille joko ostopalvelusopimuksen perusteella tai maksusitoumuksella. Viidennes yksiköistä ei myy palveluitaan kunnille lainkaan. Nämä ovat lähinnä yksityisiä kotipalveluita tuottavia yksiköitä, jotka rahoittavat toimintansa pääosin suoraan asiakkailta saatavilla maksuilla.

Yksityisten terveyspalvelujen rooli ja suhde julkiseen rahoitukseen poikkeaa yksityisistä sosiaalipalveluista. Siinä missä yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajat tekevät kuntien kanssa sopimuksia, suuntautuu yksityinen terveydenhuolto pääosin sairausvakuutuksen korvaamaan toimintaan. Yksityisten terveyspalvelujen käytössä ei ole parin viime

vuoden kuluessa tapahtunut merkittäviä muutoksia.

3.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ikääntyy

Valtaosa sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä työskentelee kuntasektorilla. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrä on vaihdellut koko 1990-luvun. Vuonna 1998 kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli 220 400 koko- tai osa-aikaista sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää. Vakinaisessa työsuhteessa heistä oli 74 prosenttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväryhmistä eniten työllistävät erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito (59 600 henkilöä), lasten päivähoito (50 100 henkilöä) ja perusterveydenhuollon avohoito (26 100 henkilöä). Lasten päivähoidon työntekijämäärä on viime vuosina kasvanut nopeasti.

Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö on ikääntynyt 1990-luvulla. Vuonna 1998 yli 50-vuotiaita työntekijöitä oli 58 000, kun vastaavan ikäisiä oli vuosikymmenen alussa 36 000. Alle 30-vuotiaiden määrä on laskenut vuosikymmenen alun 42 000:sta runsaaseen 21 000:een. Nuorten työntekijöiden osuus on laskenut erityisesti vanhus-tenhuollossa, jossa jo lähes joka kolmas työntekijä on täyttänyt 50 vuotta.

Yksityisellä sektorilla työskentelee vajaat 50 000 sosiaali- ja terveysalan työntekijää. Eräillä lääketieteen erikoisaloilla yksityis- sektorilla työskenteleminen on niin yleistä, että se on johtanut lääkäripulaan julkisella sektorilla. Eniten pulaa on psykiatreista, silmälääkäreistä, radiologeista ja anestesialääkäreistä. Erikoislääkäritilanteen osalta tyypillistä on myös se, että lääkärit ovat keskittyneet Etelä-Suomeen syrjäisempien alueiden potiessa lääkäripulaa. Li-

säksi eräissä terveyskeskuksissa on ollut vaikeuksia saada lääkäreitä.

Vaikka tällä hetkellä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on työttömänä, uhkaa jo varsin pian kunta-alaa työvoimapula. Suomen Kuntaliiton laskelmien mukaan vuoteen 2010 mennessä noin 125 000 - 140 000 kunta-alan työntekijää siirtyy eläkkeelle. Samalla väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvua.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja ammattitaidon turvaaminen sekä työssäjaksamiseen liittyvät kysymykset ovat keskeisellä sijalla valtioneuvoston hyväksymässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000-2003. Ohjelman toimenpidesuosituksissa korostetaan muun muassa valtakunnallisen kehitysarvion laatimista sosiaali- ja terveysalan työvoimatarpeesta, henkilöstön täydennyskoulutusta, sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteihin koulutettujen nuorten henkilöiden ammattitaidon säilyttämistä lähivuosien ajan sekä työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelman valmistamista. Suosituksissa esitetään myös henkilöstötilinpäätösten käytön laajentamista kunnissa ja kuntayhtymissä. Henkilöstötilinpäätös täydentää toimintakertomusta ja tilinpäätöstä ja antaa suuntaa seuraavan vuoden suunnitteluun. Se on myös apuväline tarkasteltaessa palvelujen ja niitä tuottavan henkilöstön yhteyttä.

Kirjallisuutta

Kauppinen, S. Yksityiset sosiaalipalvelut 1998. Stakes. Tilastoraportti 26/1999.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000 - 2003. Helsinki 1999.

Valtioneuvoston päätös sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuodelle 2000.

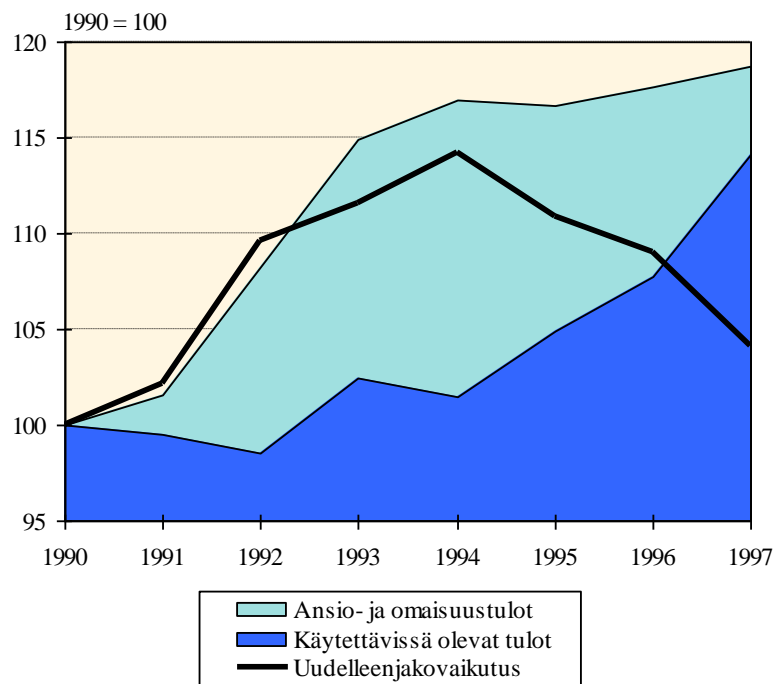
4. TULONJAKO

Tuloerojen kasvu jatkuu

Kotitalouksien väliset tuloerot ovat 1990-luvulla kääntyneet selvään kasvuun. Ansio- ja omaisuustuloilla mitattuna tuloerojen kasvu alkoi suurtyöttömyyden myötä jo 1990-luvun alussa. Tulonsiirtojärjestelmät sekä ammatissa toimivan väestön maltillinen tulokehitys pitivät tuloerojen kasvun käytettävissä olevilla tuloilla mitattuna kuitenkin vähäisenä. 1990-luvun puoliväliin mennessä tuloerot alkoivat kasvaa käytet-

tävissä olevilla tuloilla mitattuna. Erityisesti suurituloisin kymmenes on lisännyt tulo-osuuttaan. Tuloeroja ovat kasvattaneet omaisuustulojen osuuden kasvu, vielä noususuhdanteen aikanaikin korkealla pysynyt työttömyys sekä toimeentuloturvaetuuksiin tehdyt leikkaukset. Tulonsiirtojen ja verotuksen tuloeroja tasoittava vaikutus on heikentynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. (Kuvio 28.)

Kuvio 28. Tuloerojen sekä tulonsiirtojen uudelleenjakovaikutuksen kehitys vuosina 1990-1997



Tuloerot: Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990=100. Tulot/OECD-kulutussyksikkö. Uudelleenjakovaikutus (Kakwani): Saatujen ja maksettujen tulonsiirtojen tuloeroja pienentävä vaikutus 1990=100.

Kotitalouksien toimeentuloerojen kehitystä voidaan tarkastella myös kulutusmenojen kautta. Esimerkiksi 1990-luvun alussa ajankohtaiseksi nousseen ylivelkaantumisen vaikutukset eivät välttämättä tule näkyviin pelkkiä tulotilastoja tarkastelemalla. Kotitalouksien kulutusmenot jakautuivat 1990-luvun puolivälissä jopa hieman tasaisemmin kuin vuonna 1990. Tuoreimpien

vuotta 1996 koskevien tietojen valossa näyttäisivät myös kulutusmenojen erot kääntyneen kasvuun. Asumismenojen osuus kotitalouksien kulutusmenoista on 1990-luvulla kasvanut selvästi. Tämä on koskenut myös pienituloisimpia tuloluokkia, joilla asumismenot muodostavat keskimääräistä suuremman osuuden kulutusmenoista. Kotitalouksien muihin kulutus-

menoihin kuin asumiseen käyttämä rahausumma jakautui vuonna 1996 epätasaisemmin kuin 1990-luvun alussa.

Tuloerojen kehitystä tarkasteltaessa on syytä muistaa, että ne kuvaavat kotitalouksien suhteellista tulotasoa. Vuosina 1991-1994 kotitalouksien keskimääräiset käytettävissä olevat reaalitytulot supistuivat yli 10 prosenttia. Tämä merkitsi tulonmenetyksiä myös pienituloisten kotitalouksien keskuudessa. Tulojen supistumisen aiheuttamia toimeentulo-ongelmia korosti lisäksi kotitalouksien velkaantuneisuus 1990-luvun alussa. Vastaavasti pienituloisimpien kotitalouksien tulo-osuuden supistuminen vuosina 1995-1997 ei ole merkinnyt vastaavansuuruista reaalitytulojen pienenemistä, koska kotitalouksien keskimääräiset reaalitytulot ovat kasvaneet.

Tuoreimmat käytettävissä olevat tulonjakotiedot ovat vuodelta 1997. Tämän jälkeen työllisyystilanne on kohentunut. Työttömyysturvan perusturvan saajien lukumäärä on kuitenkin pysynyt lähes ennallaan. Tämän takia työllisyyden kohentumisen tuloeroja pienentävä vaikutus on voinut jäädä toivottua heikommaksi. Hallitusohjelmassa korostetaan työllisyyden merkitystä köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyssä. Yleisten verotusta ja sosiaaliturvaa koskevien toimien vaikutus työllisyyteen voi pitkäaikaistyöttömien osalta olla rajallinen. Tämän johdosta työvoimapolitiikan toimenpiteitä kohdennetaan ensisijaisesti pitkäaikaistyöttömiin.

Omaisuuksien osuus kotitalouksien tulomuodostuksessa on kasvanut. Omaisuustulot kohdentuvat lähinnä suurituloisil-

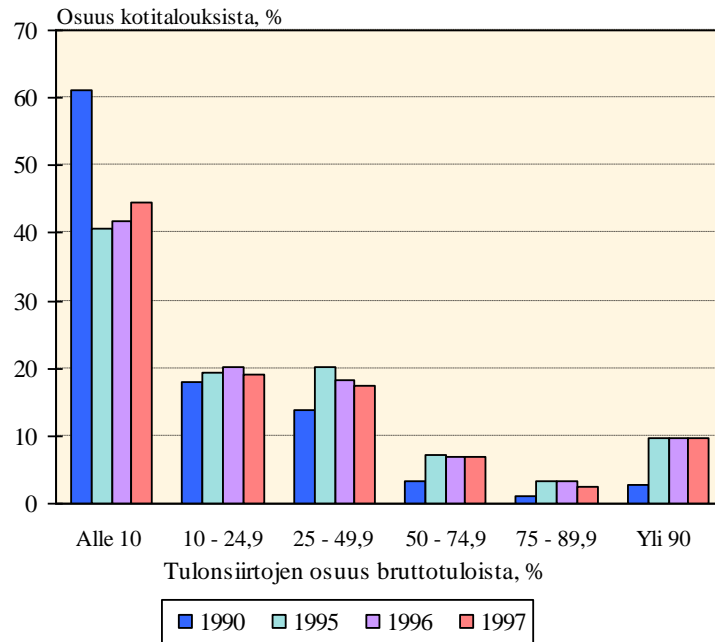
le kotitalouksille, joten kehitys luultavasti kasvattaa tuloeroja. Hallitusohjelmaan on kirjattu pääoma-, yhteisö- ja korkotulojen verokannan korottaminen yhdellä prosenttiyksiköllä 29 prosenttiin vuodesta 2000 lukien koko vaalikauden ajaksi.

Tulonsiirtoihin on vuoden 1997 jälkeen tehty eräitä muutoksia, jotka ovat saattaneet vaikeuttaa niiden varassa elävien kotitalouksien asemaa. Asumis- ja toimeentulotuen vuoden 1998 aikana toteutettu uudistus laajentaa yleiseen asumistukeen oikeuttavaa tuloaluetta. Tämän seurauksena myös pienten palkkatulojen varassa elävät taloudet tulevat paremmin asumistuen piiriin. Samanaikaisesti toimeentulotukeen tehdyt muutokset kuitenkin heikentävät siihen turvautuvien kotitalouksien taloudellista asemaa. Heikennykset koskevat erityisesti monilapsisia perheitä. Tämänkin uudistuksen lopulliset vaikutukset riippuvat pitkälti tukien piirissä olevien talouksien työllisyyskehityksestä.

Riippuvuus tulonsiirroista edelleen suuri

Kotitalouksien riippuvuus tulonsiirroista kasvoi 1990-luvun alkupuoliskolla. Yhä useamman kotitalouden toimeentulo rakentuu suurelta osin erilaisten tulonsiirtojen varaan. Tämä koskee myös työikäisten talouksia. Työllisyyden kohentumisen myötä riippuvuus tulonsiirroista on hieman vähentynyt. Lähes täysin tulonsiirtojen varassa elävien kotitalouksien osuus näyttää kuitenkin jääneen pysyvästi aikaisempaa korkeammalle tasolle (kuvio 29).

Kuvio 29. Tulonsiirtojen osuus bruttotuloista. Kotitaloudet, joiden viitehenkilö 25-54-vuotias



Saatujen tulonsiirtojen osuus bruttorahatuloista. Tulonsiirrot sisältävät myös kotitalouksien väliset tulonsiirrot. Viitehenkilöksi määritellään pääsääntöisesti kotitalouden suurituloisin jäsen.

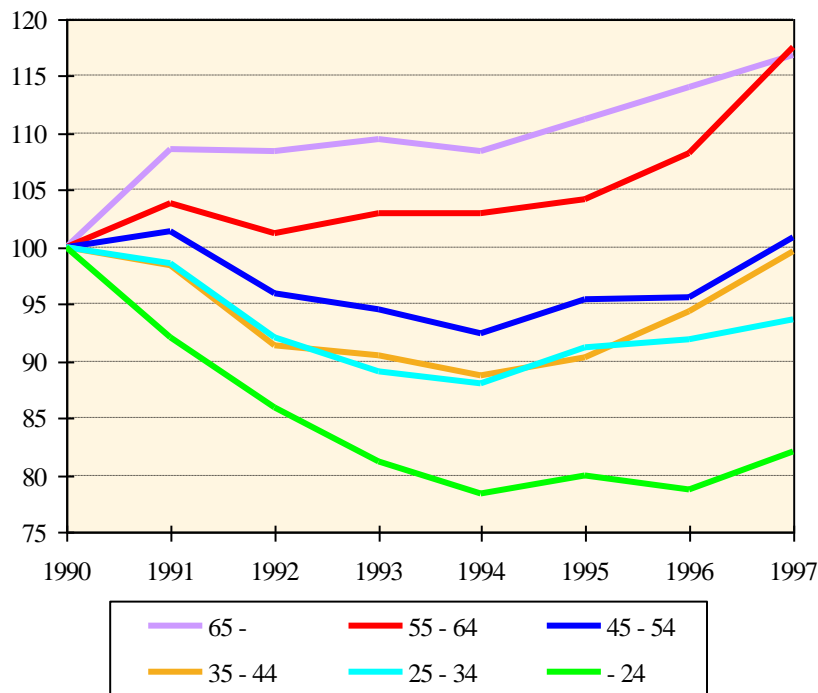
Tulokehitys eri ikäryhmissä ja kotitaloustyypeissä

1990-luvun alkuvuosina heikentyi erityisesti nuorten taloudellinen asema. Vanhempien ikäluokkien toimeentulo oli paremmin laman vaikutusten ulottumattomissa kuin työikäisten talouksien. Tämän jälkeen ikäluokkien väliset erot tulokehityksessä ovat tasaantuneet.

Vanhustalouksien tulokehitystä tulkittaessa on syytä muistaa, että uusien paremman työeläkekertymän omaavien ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle on nostanut ryhmän

keskimääräisiä tuloja. Tulonmuutos ei siis kuvaa ryhmään jo tarkastelujakson alussa kuuluneiden kotitalouksien keskimääräistä tulokehitystä. Tehtyjen esimerkkilaskelmien perusteella näyttää siltä, että tietyillä tulotasoilla eläkeläistalouksien reaalitytulot ovat 1990-luvulla jopa hieman supistuneet. Tulokehityksen arvioinnissa on myös muistettava, että kuviossa 30 on tarkasteltu ainoastaan tulojen *muutosta* asettamalla kunkin ikäryhmän keskituloja kuvaavan indeksin arvoksi 100 vuonna 1990. Täten eri ikäluokkien *tulotasoissa* olevat erot eivät tule tarkastelussa esiin.

Kuvio 30. Kotitalouksien keskimääräisten reaalityulojen kehitys ikäluokittain vuosina 1990-1997

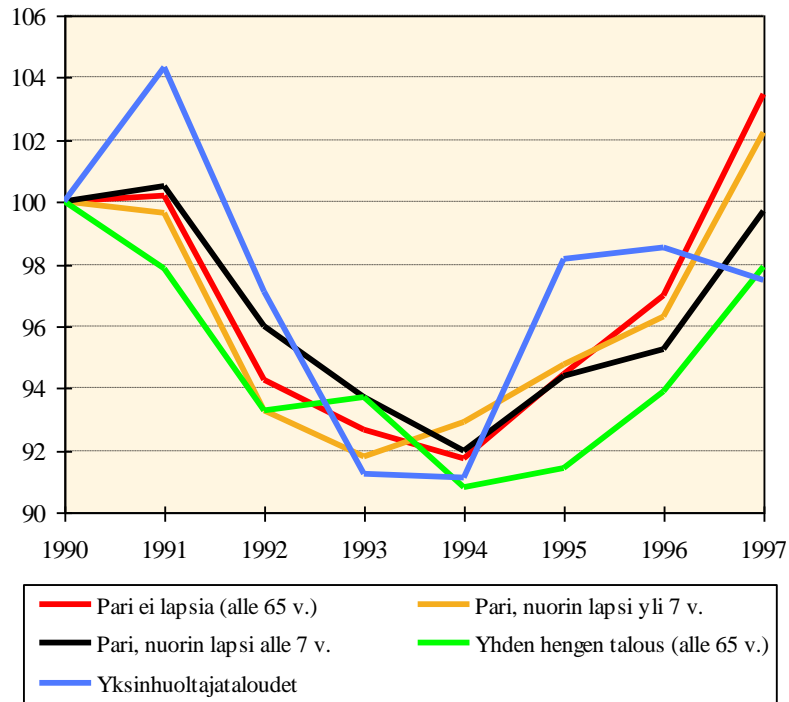


Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990 = 100.

1990-luvun alun lamavuosina työikäisen väestön keskimääräiset reaalitytulot laskivat kaikissa perhetyyeissä (kuvio 31). Vasta 1990-luvun puolivälin jälkeen tulot ovat lähentyneet lamaa edeltänyttä tasoa. Eri perhetyyppien keskimääräinen tulokehitys on ollut melko samansuuntainen. Muista ryhmistä poiketen eivät yksinhuoltajien tulot kuitenkaan näytä viime vuosina juurikaan kasvaneen. Kuviossa 31 käytetyt luokitukset ovat melko karkeita erityisesti yh-

den hengen talouksien ja lapsettomien parien osalta. Näiden ryhmien sisällä vanhempien ikäluokkien tulokehitys on ollut nuoria parempi. Perhetyyppien väliset tuloerot ovat hieman kasvaneet 1990-luvun puolivälin jälkeen. Pääosa tuloerojen kasvusta johtuu kuitenkin perhetyyppien sisäisten tuloerojen kasvusta. Perhetyyppien sisäisten tuloerojen osuus kokonaisvaihtelusta oli vuonna 1997 selvästi suurempi kuin 1990-luvun alussa.

Kuvio 31. Työikäisten kotitalouksien reaalityulojen kehitys eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990-1997



Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990 = 100.

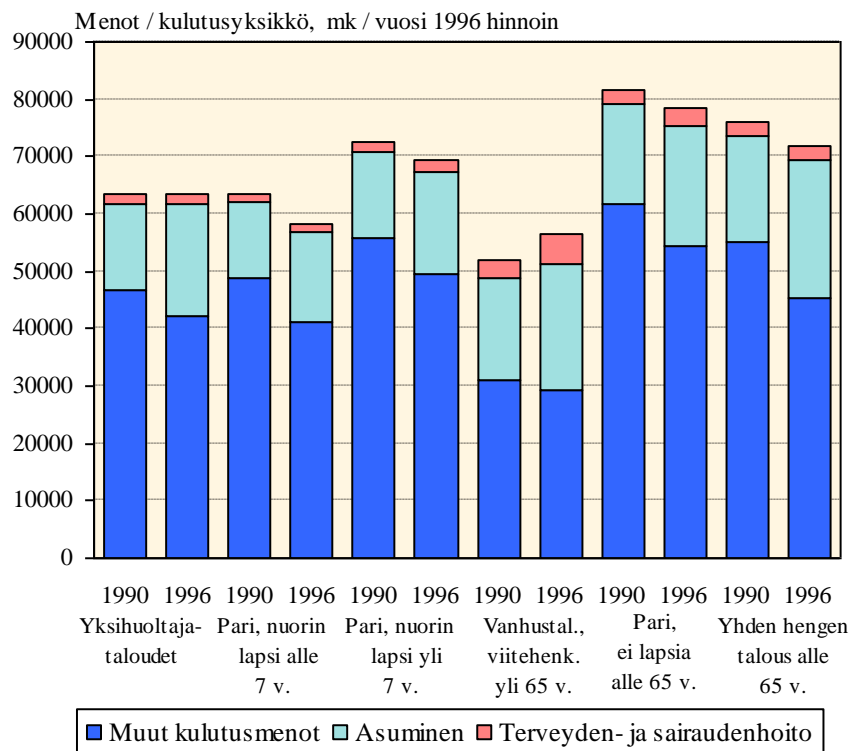
HUOM! Otosaineistoihin liittyvä satunnaisvaihtelu saattaa korostaa vuosittaisia tulonmuutoksia varsinkin niissä luokissa, joissa otoskoot jäävät suhteellisen pieniksi (esim. yksinhuoltajat).

Eri hyödykkeiden ja palvelujen hinnat kehittyivät 1990-luvun alkupuoliskolla melko vaihtelevasti. Elintarvikkeiden hinnat laskevat EU-jäsenyyden myötä. Terveysten- ja sairaushoito taas kallistui keskimääräistä enemmän. Lisäksi vuokralla asuminen yleistyi 1990-luvun alkupuoliskolla. Osittain näiden tekijöiden seurauksena kotitalouksien kulutus rakenne on muuttunut.

Kuviossa 32 on tarkasteltu kotitalouksien kulutusmenojen ja niiden rakenteen muutosta eri perhetyypeissä. Useimmissa perhetyypeissä reaaliset kulutusmenot olivat vuonna 1996 hieman alhaisemmat kuin vuonna 1990. Poikkeuksen muodostivat vanhustaloudet, joiden kulutusmenot olivat kasvaneet. Asumismenojen osuus oli kasvanut kaikissa ryhmissä. Terveysten- ja sairaushoitojen osuus kulutusmenoista on vanhustalouksilla huomattavasti suurempi kuin muissa ryhmissä. Lisäksi van-

hustalouksien terveyden- ja sairaushoitojen osuus kasvoi tarkastelujaksolla tuntuvasti. Vuonna 1996 niiden osuus oli jo runsaat 9 prosenttia. Muiden kulutusmenojen osuus kokonaiskulutuksesta on laskenut kaikissa ryhmissä. Samalla muihin kulutusmenoihin käytetty rahamäärä on reaalisesti supistunut.⁴

⁴ Hintatason muutosta on tällöin mitattu elinkustannusten muutoksen kokonaisindeksillä, joka ei välttämättä kovin hyvin mittaa eri kulutusryhmien hintojen muutosta. Tulos ei kuitenkaan muutu, jos indeksi muodostetaan ”muun kulutuksen” mukaisella painorakenteella.

Kuvio 32. Kotitalouksien kulutusmenot vuosina 1990 ja 1996

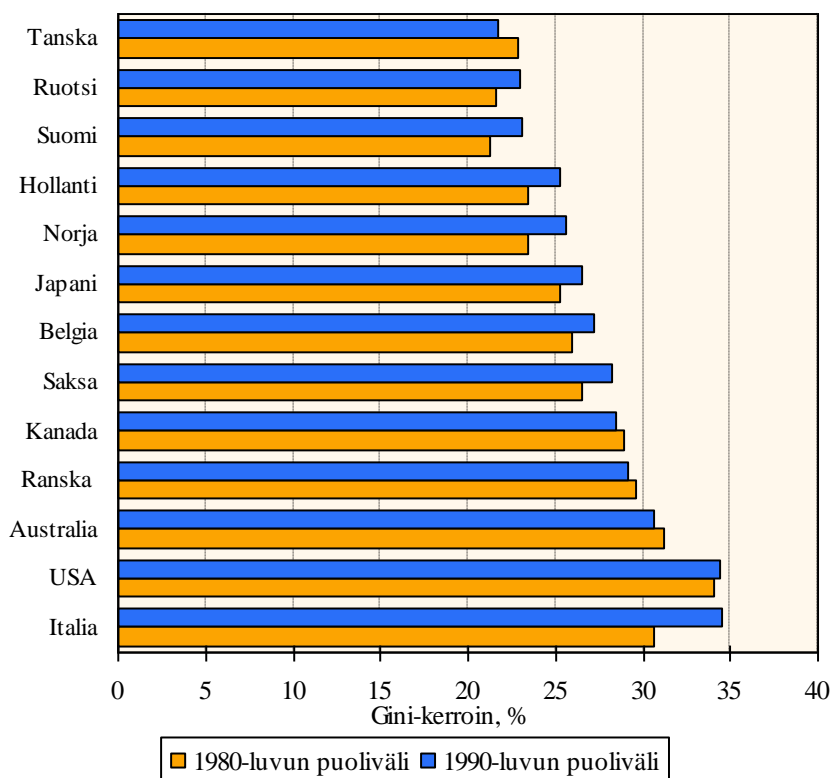
Tuloerot kasvussa myös muualla

OECD:n johdolla on viime vuosina toteutettu tutkimuksia, joissa eri maiden tuloeroja ja niiden kehitystä on pyritty vertailemaan. Useimmissa tutkimuksiin osallistuneissa maissa, Suomi mukaan lukien, tuloerot olivat 1990-puolivälissä suuremmat kuin 1980-luvun puolivälissä (kuvio 33). Maassamme 1990-puolivälin jälkeen jatkunut tuloerojen kasvu ei sekään välttämättä poikkeakaan muiden maiden kehityksestä. Kansallisten tilastojen mukaan tuloerojen kasvu näyttäisi 1990-luvun puolivälin jäl-

keen jatkuneen esimerkiksi Ruotsissa ja Norjassa.

Tuloerot ovat Suomessa ja muissa Pohjoismaissa edelleen suhteellisen pienet useimpiin muihin OECD-maihin verrattuna. Pohjoismaiden muita pienemmät tuloerot johtuvat suurelta osin sosiaaliturvatuksien ja verotuksen tuloeroja tasoittavasta vaikutuksesta. Ansio- ja omaisuustuloilla mitattuna tuloerot ovat Pohjoismaissa samaa tasoa kuin useissa muissakin OECD-maissa.

Kuvio 33. Tuloerot ja niiden kehitys eräissä OECD-maissa
Käytettävissä olevat tulot



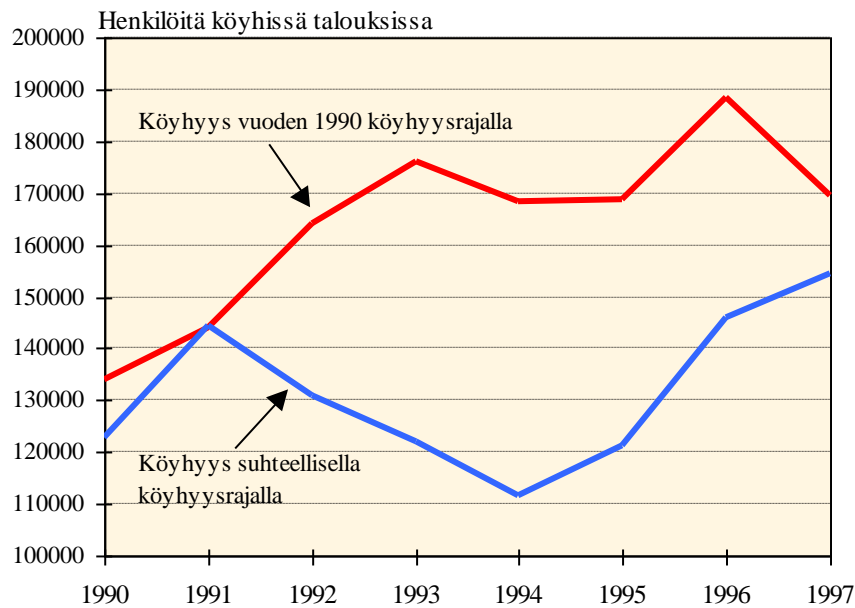
Lähde: OECD

Nuorten köyhyysaste kasvanut

Suhteellinen köyhyys määritellään tulonjakovertailussa usein tilanteeksi, jossa kotitalouden käytettävissä olevat tulot jäävät alle puoleen kaikkien kotitalouksien käytettävissä olevista mediaanituloista. Erot kotitalouksien koossa ja perhetyyeissä on pyritty tällöin ottamaan vertailussa huomioon. Näin mitattuna suhteellinen köyhyys ei kasvanut 1990-luvun alussa työttömyyden kasvusta huolimatta. Tämä johtui pitkälti siitä, että kotitalouksien keskimääräisten reaalitulojen supistuessa myös suhteellinen köyhyysraja laski. 1990-luvun puolivälissä suhteellinen köyhyysaste kääntyi kasvuun. Ammatissa toimivan väestön suotuisa tu-

lokehitys sekä työllisyyden kohentuminen nostivat kotitalouksien keskimääräisiä tuloja ja samalla köyhyysrajaa. Samanaikaisesti useisiin pienituloisille tärkeisiin etuuksiin tehtiin joko suoranaisia leikkauksia tai niiden indeksikorotuksista luovuttiin.

1990-luvun kehityksestä saa erilaisen kuvan, jos köyhyysrajana käytetään vuoden 1990 köyhyysrajaa. Kiinteään köyhyysrajaan perustuva köyhyysaste kasvoi lama-vuosina selvästi. Vuosikymmenen loppupuoliskolla kasvu näyttäisi kuitenkin taittuneen. Kehitys muistuttaa toimeentulotuen saajamäärissä tapahtuneita muutoksia. (Kuvio 34.)

Kuvio 34. Köyhyys kiinteällä ja suhteellisella köyhyysrajalla vuosina 1990-1997

Suhteelliseen ja kiinteään 1990 köyhyysrajaan perustuvat lukumäärät ovat eri suuret vuonna 1990, koska vuosien 1990-1993 lukuihin on tehty tasokorjaus tulokäsitteessä tapahtuneen muutoksen johdosta.

Vuonna 1997 noin 155 000 henkilöä eli noin 3 prosenttia kotitalousväestöstä kuului talouksiin, joiden tulot jäivät suhteellisen köyhyysrajan alle. Köyhyyden laajuutta koskevat arviot riippuvat huomattavasti siitä, millaisia tuloarvoja tai muita määritelmiä käytetään. Mikäli köyhyysraja asetetaan puolen sijasta 60 prosenttiin kaikkien kotitalouksien mediaanitulosta, kasvaa köyhyysaste yli kaksinkertaiseksi. Käsitys köyhyydestä muuttuu myös, jos tulotietojen sijasta käytetään kotitalouksien kulutustietoja tai kotitalouksien omia ilmoituksia toimeentulo-ongelmista. Lisäksi kaikkein huono-osaisin ja syrjäytynein väestönosa jää helposti haastattelututkimusten ulkopuolelle. Ongelma on saattanut viime vuosina pahentua, kun tutkimusten katoprosentit ovat kasvaneet.

Taulukossa 3 on esitetty suhteellinen köyhyysaste eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990 ja 1997. Jotta laskentaoletusten vaikutus tulisi esille, on luvut laskettu kahta eri ns. kulutusyksikkölukua käyttäen. Eri kokoisten ja eri tyyppisten kotitalouksien tulot pyritään tekemään vertailukelpoiseksi

jakamalla kotitalouksien tulot kulutusyksikköjen lukumäärällä. Valitulla kulutusyksikköasteikolla on melko huomattava vaikutus siihen käsitykseen, minkä saamme köyhyyden yleisyydestä eri kotitaloustyypeissä. Eräissä tapauksissa valinta vaikuttaa jopa köyhyysasteessa havaittavan muutoksen suuntaan. Nuorten talouksien köyhyysaste on kuitenkin noussut 1990-luvulla molemmissa vaihtoehdoissa. Vanhustalouksien köyhyysaste näyttäisi taas laskeeneen. Tuloksien tulkinnassa on syytä olla melko varovainen. Monet nuorista köyhyysrajan alittavista talouksista ovat opiskelijatalouksia. Opiskelu muodostaa näille talouksille suhteellisen lyhyen elämänvaiheen, jonka jälkeen tulotaso yleensä nousee. Lisäksi opintolainat eivät näy tulokäsitteessä. Tulotarkastelujen rajallisuus koskee myös vanhustalouksia. Kuten edellä todettiin vanhustalouksien terveydenhoidon toimennot ovat suuremmat kuin muissa ryhmissä. Joissain tapauksissa ne saattavat muodostua hyvinkin suuriksi, jolloin sinällään kohtuullinen tulotaso muodostuu riittämättömäksi.

Taulukko 3. Suhteellinen köyhyysaste eri kotitaloustyypeissä vuosina 1990 ja 1997

	Eurostat-kulutussyksiköt ¹ , 50 % mediaanitulosta			OECD-kulutussyksiköt ² , 50 % mediaanitulosta		
	1990	1997	Muutos, %-yksikköä	1990	1997	Muutos, %-yksikköä
Yksinhuoltajataloudet	5,5	3,7	-1,8	5,6	5,8	0,2
Pari, nuori lapsi alle 7 v.	1,1	2,3	1,2	2,3	3,7	1,4
Pari, nuorin lapsi yli 7 v.	1,3	1,4	0,1	1,4	1,6	0,2
Vanhustalous (yli 65 v.)	10,3	2,0	-8,3	2,5	1,4	-1,1
Pari alle 30 v. , ei lapsia	4,2	7,8	3,6	3,6	5,7	2,1
Pari yli 30 v. , ei lapsia	1,2	1,0	-0,2	1,1	0,9	-0,2
Yhden hengen talous, alle 30 v.	19,4	30,3	10,9	12,8	20,5	7,7
Yhden hengen talous, yli 30 v.	8,5	8,5	0,0	3,5	3,0	-0,5
Muut kotitaloudet	1,7	1,5	-0,2	2,4	1,4	-1,0
Kaikki kotitaloudet	3,3	3,6	0,3	2,6	3,0	0,5

Henkilöpainotus (köyhyysrajan alittaviin kotitalouksiin kuuluva väestöosuus kussakin kotitaloustyyppissä).
Pyörityksen takia vuosien 1990 ja 1997 köyhyysasteiden erotus ei välttämättä täsmää muutoksen kanssa.

¹⁾ Eurostatin ECHP-tutkimuksessa käyttämä kulutussyksikköasteikko

²⁾ Tilastokeskuksen käyttämä ns. vanha OECD-kulutussyksikköasteikko

Ylivelkaiset kotitaloudet ovat eräs toimeentulo-ongelmista kärsivä ryhmä, jota tavanomaiset köyhyystarkastelut eivät tuo esiin. Kuten köyhyyttä on ylivelkaisuuttakin hyvin vaikea mitata. Arviot ylivelkaisten lukumäärästä ja siinä tapahtuneista muutoksista vaihtelevat menetelmästä riippuen. Eräs tapa ratkaista kysymys on käyttää kotitalouksien omaa käsitystä velkaantuneisuudestaan. Tämän mukaan ylivelkaantuneiden lukumäärä on kasvanut koko 1990-luvun. Vuoden 1998 alussa oman käsityksensä mukaan ylivelkaantuneita kotitalouksia oli noin 130 000. Erilaisia kotitalouksien maksuhäiriöitä kuvaavat tilastot osoittaisivat tilanteen kuitenkin kääntyneen kohti parempaa pian 1990-luvun puolivälin jälkeen. Kotitalouksien tulojen ja velkojen vertaaminen osoittaa myös ongelman lieventymistä. Niiden kotitalouksien lukumäärä, joiden velat olivat yli kaksinkertaiset nettovuosituloihin verrattuna, oli vuoteen 1997 mennessä laskenut kolmanneksella 1990-luvun alkupuoliskon huippuvuosista.

Kirjallisuutta

Atkinson, A.B.(1998): Poverty in Europe. Yrjö Jahnsson Lectures. Blackwell Publishers.

European Community Household Panel (ECHP): Selected Indicators from the 1995 wave (1999). European Commission.

Forma, P., Heikkilä, M. ja Keskitalo, E. (1999): Mikä on kohtuullinen minimi? Vähimmäisturvan taso konsensusmenetelmällä arvioituna. Stakes: Raportteja 240.

Income Distribution and Poverty in Selected OECD Countries (1998). Economics Department Working Papers No. 189, OECD. (ks. <http://www.oecd.org/eco/eco>).

Kosunen, V. (1999): Paljonko on riittävästi? Vähimmäisetuuksien riittävyyden arviointia kulutuksen näkökulmasta. Stakes: Raportteja 232.

Kotitaloustiedustelut 1990, 1994-1996. Tilastokeskus.

Ruotsalainen, P. (1999): Sosiaaliturvaetuu-
det tuloerojen tasaajina 1990-luvun lama-
Suomessa. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terve-
ysturvan tutkimuksia 45.

Suoniemi, I. (1999): Tulonjaon kehitys
Suomessa ja siihen vaikuttavista tekijöistä 1971-
1996. Palkansaajien tutkimuslaitos. Tutkimuksia
76.

Toimeentuloturvakatsaus 1998. Sosiaali- ja
terveysministeriön julkaisuja 1998:5.

Tulonjakotilastot 1990-1997. Tilastokeskus.

LIITTEET

SOSIAALITURVAN INDIKAATTORIT

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
I SOSIAALIMENOT JA NIIDEN RAHOITUS											
Sosiaalimenot											
Sosiaalimenot yhteensä, milj. mk	131 369	148 924	163 622	170 463	176 589	179 654	185 272	186 033	187 700	190 300	194 400
Bruttokansantuote, milj. mk	521 021	498 067	487 194	493 062	521 443	561 387	587 550	632 882	686 013	718 200	757 400
Sosiaalimenot BKT:sta, %	25,2	29,9	33,6	34,6	33,9	32,0	31,5	29,4	27,4	26,5	25,7
Sosiaalimenot, mk/as, v. 1999 hintoihin	30 734	33 244	35 438	35 996	36 733	36 845	37 684	37 274	37 000	36 800	37 000
Sosiaalimenojen jakauma kohderyhmittäin											
- sairaus ja terveys	27,5	25,9	22,7	20,7	19,7	20,3	20,7	21,3	22,1	22,8	23,5
- toimintarajoitteisuus	15,0	14,8	14,7	14,7	14,5	14,5	14,3	14,3	13,6	13,4	13,2
- vanhuus	28,6	27,8	27,3	27,5	27,3	28,1	29,0	29,1	30,0	30,3	30,7
- leski ja muut omaiset	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9	4,1	4,2
- perhe ja lapset	13,0	12,9	12,5	11,8	13,3	13,0	12,1	12,3	12,5	12,5	12,3
- työttömyys	5,9	8,5	12,8	15,6	15,2	14,0	13,5	13,0	11,5	10,6	10,1
- asuminen	0,7	0,9	1,1	1,1	1,4	1,5	1,2	1,2	1,4	1,5	1,4
- muu	1,8	2,1	2,2	2,0	2,0	2,0	2,3	2,4	2,1	1,9	1,9
- hallinto	3,5	3,0	2,8	2,6	2,8	2,8	3,1	2,7	3,0	2,7	2,7
- yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sosiaalimenojen rahoitusosuudet											
- valtio	25	28,9	29,4	30,4	30,6	29,5	28,8	27,4	26,8	25,7	25,4
- kunnat	15,6	15,3	15,2	15,1	15,8	16,6	16,1	17,2	17,5	17,8	17,3
- työnantajat	44,1	41	36,7	34,7	33	33,5	35	35,2	36,4	37,2	37,8
- vakuutetut	8,0	7,2	10,4	12,3	14,3	13,6	13,0	13,3	12,9	12,5	12,3
- rahastojen tuotot	7,3	7,7	8,2	7,6	6,3	6,8	7,1	6,8	6,4	6,8	7,3
- yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
Sosiaali- ja terveysministeriön pääluokan menot valtion budjetissa											
STM:n pääluokan menot, milj. mk	38 961	51 775	53 858	53 814	53 541	49 027	47 983	45 124	44 998	43 513	42 992
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet käyttökustannuksiin, milj. mk	19 498	21 387	21 133	20 568	18 409	17 942	15 945	13 557	12 857	12 690	13 035
STM:n pääluokan menojen osuus valtion menoista, %	27,7	30,8	28,9	26,6	27,0	24,7	24,1	24,1	22,1	23,1	21,6
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen menot											
Sosiaali- ja terveystoimi, milj.mk	41 099	45 632	47 486	50 010	50 358	52 746	55 448	57 893	59 067	60 000	62 000
Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö											
Sosiaali- ja terveystoimen henkilökunta	206 700	213 650	212 700	202 700	205 700	205 100	216 050	220 400	220 450	220 400	219 000
Valtion velka											
Valtion velka, % BKT:sta	11	18	34	53	59	64	67	66	61	60	57

II SAIRAUS JA TERVEYS

Sairaus- ja terveysmenot (netto) ja niistä tärkeimmät

Sairaus ja terveysmenot milj. mk	36 123	38 639	37 204	35 372	34 867	36 529	38 422	39 695	41 500	43 400	45 700
Toimeentuloturva	7 949	8 248	7 659	6 953	6 809	7 142	7 261	7 493	8 000	8 400	9 000
- sv. päiväraha	3 063	3 341	3 172	2 683	2 620	2 523	2 373	2 384	2 500	2 600	2 800
- sairausajanpalkka	4 100	4 100	3 700	3 600	3 500	3 900	4 200	4 400	4 700	5 000	5 350
Palvelut (nettomenot)	28 174	30 391	29 545	28 419	28 058	29 387	31 161	32 202	33 500	35 000	36 700
- perusterveydenhuolto	11 178	12 149	11 887	9 161	9 347	9 660	10 153	9 887	10 600	11 200	11 800
- erikoissairaanhoido	12 266	12 940	12 083	13 546	12 945	13 631	14 459	15 154	15 400	15 900	16 700
- sv. sairaanhoidokorvaus	2 893	3 264	3 240	3 292	3 560	3 910	4 346	4 681	5 000	5 300	5 600

Elinajan odote ja imeväiskuolleisuus

Elinajanodote											
- miehet	70,9	71,3	71,7	72,1	72,8	72,8	73,0	73,4	73,5	73,7	73,8
- naiset	78,9	79,3	79,4	79,5	80,2	80,2	80,5	80,5	80,8	80,8	80,9
Imeväiskuolleisuus (1/1000)	5,6	5,9	5,2	4,4	4,7	3,9	4,0	3,9	4,2		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
Sairastavuus											
Sairauspäivärahan saajat	397 900	385 100	355 100	293 300	283 200	284 400	275 000	271 800	278 100	289 000	300 500
Sairauspoissaolopäivien osuus tehdyistä työpäivistä, %	3,8	3,7	3,4	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5
Ammattitauteihin sairastuneet	9 100	8 800	8 000	7 000	6 700	5 800	5 700	5 000	4 800	4 700	4 500
Lääkemääräyksiä/as.	6,1	6,3	6,0	5,9	5,7	6,0	6,3	6,4	6,6	6,7	6,8
Hoitopäivät ja -jaksot											
Perusterveydenhuolto, vuodeosastot											
- hoitojaksot/ 1000 as.	51	42	46	48	51	51	56	56	58	59	59
- hoitopäivät/1000 as.	1 676	1 538	1 544	1 525	1 542	1 577	1 624	1 574	1 578	1 580	1 580
Erikoissairaanhoito, vuodeosastot											
- hoitojaksot/1000 as.	162	173	179	182	183	181	184	181	176	173	170
- hoitopäivät/1000 as.	1 552	1 578	1 464	1 359	1 294	1 235	1 183	1 145	1 078	1 050	1 030
Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset											
Korvauskerrat (1.000)											
- lääkkeet	16 161	16 999	16 389	16 167	15 590	16 045	16 813	17 314	17 684	18 200	18 600
- yksityislääkäriiskäynnit	3 903	3 879	3 499	3 451	3 161	3 228	3 310	3 264	3 316	3 340	3 370
- yksityishammaslääkäriiskäynnit	517	641	651	752	778	817	860	980	1 324	1 370	1 420
- yksityinen tutkimus ja hoito	1 327	1 319	1 097	1 017	920	933	992	1 016	1 083	1 120	1 150
- matkat	3 550	3 706	3 142	2 520	2 503	2 597	2 883	2 954	3 030	3 080	3 110
Sairausvakuutuksen korvaama osuus kokonaiskustannuk- sista, %											
- peruskorvatut lääkkeet	37,3	38,0	38,0	29,4	35,1	38,2	38,9	39,7	40,0		
- yksityislääkäriiskäynnit	37,5	35,8	35,8	35,6	36,1	38,0	40,1	39,1	38,2		
- yksityishammaslääkäriiskäynnit	57,1	53,9	53,9	56,6	55,6	53,1	49,9	49,0	48,9		
- yksityinen tutkimus ja hoito	39,7	38,1	38,1	37,8	39,7	41,5	43,2	42,8	43,1		
- matkat	81,8	83,0	83,0	82,0	83,9	84,8	85,1	85,5	85,8		

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
III TOIMINTARAJOITTEISUUS											
Toimintarajoitteisuusmenot (netto) ja niistä tärkeimmät											
Toimintarajoitteisuusmenot, milj. mk	19 691	22 090	24 033	25 030	25 582	26 124	26 440	26 554	25 500	25 500	25 700
Toimeentuloturva	16 461	18 435	20 370	21 246	21 470	21 783	21 792	21 648	20 300	20 200	20 200
- työkyvyttömyyseläkkeet	11 113	11 961	12 702	13 125	13 166	13 422	13 633	13 925	13 100	13 200	13 300
- yksilölliset varhaiseläkkeet	2 089	2 834	3 424	3 814	4 078	4 242	4 050	2 624	3 200	3 000	2 900
- sotilasvammakorvaukset	1 740	1 976	2 138	2 024	1 779	1 756	1 712	1 699	1 560	1 500	1 400
Palvelut (netto)	3 230	3 655	3 663	3 784	4 112	4 341	4 648	4 906	5 200	5 300	5 500
- vammaisten laitoshoido	896	966	927	944	892	801	780	789	800	800	800
- avopalvelut	1 021	1 207	1 250	1 306	1 566	1 765	2 164	2 454	2 700	2 800	2 900
- kuntoutuspalvelut	829	956	948	1 084	1 173	1 191	1 104	1 132	1 150	1 200	1 200
Työkyvyttömyyseläkkeet											
Kaikki työkyvyttömyyseläkkeen saajat 31.12.	300 930	305 410	308 540	309 730	310 630	309 510	301 780	294 990	288 050	289 200	282 800
Vammaispalvelut											
Vammaisia laitoshoidossa 31.12.	4 390	4 850	4 870	3 630	4 000	3 770	3 650	3 370	3 200	3 000	2 800
Kodinhuoltoapua saaneet vammaiskotitaloudet vuoden aikana	7 920	6 780	7 090	6 120	6 070	7 000	6 970	6 620	6 300	6 300	6 300
IV VANHUUS											
Vanhuusmenot ja niistä tärkeimmät											
Vanhuusmenot, milj. mk	37 529	41 472	44 683	46 856	48 153	50 420	53 697	54 081	56 300	57 800	59 600
Toimeentuloturva	33 547	37 217	40 480	42 463	43 660	45 472	48 321	48 771	50 700	52 000	53 800
- vanhuuseläkkeet	31 790	35 199	38 339	40 138	41 425	43 240	45 169	46 617	48 500	49 900	51 600
Palvelut (netto)	3 982	4 255	4 203	4 393	4 493	4 948	5 376	5 310	5 600	5 700	5 800
- vanhusten laitoshoido	2 431	2 611	2 530	2 671	2 667	2 865	2 888	2 701	2 800	2 800	2 800
- avopalvelut	1 551	1 644	1 673	1 722	1 826	2 083	2 488	2 609	2 800	2 900	3 000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
Eläkkeiden saajat											
Kaikki vanhuuseläkkeiden saajat 31.12.	737 150	750 900	762 570	776 810	789 390	804 060	822 520	836 700	843 900	851 100	860 800
Osa-aika-eläkkeen saajat 31.12.	430	700	1 210	2 260	4 470	5 440	6 100	6 930	10 920	13 200	16 100
Vanhuspalvelut											
Vanhainkotien asukkaat 31.12.	26 620	25 820	25 350	24 210	23 410	22 950	22 910	22 270	21 420	21 200	21 000
Kodinhuitoapua saaneet vanhustaloudet	124 010	122 720	103 780	99 100	91 680	86 750	87 410	85 400	84 820	85 500	86 500
Tukipalveluja saaneet, yli 64-vuotiaat	200 170	113 910	128 000	109 720	93 950	97 970	99 210	103 300	105 620	107 700	109 800
V LESKI JA MUUT OMAISET											
Leski ja muut omaiset -menot ja niistä tärkeimmät											
Menot, milj. mk	5 291	5 854	6 345	6 648	6 720	6 800	6 984	7 181	7 400	7 800	8 200
- perhe-eläkkeet	4 994	5 534	6 003	6 337	6 438	6 528	6 754	6 941	7 150	7 550	7 900
Perhe-eläkkeiden saajat 31.12.											
- lesken eläkkeet	194 780	203 720	212 430	220 040	225 050	230 830	238 380	243 450	247 550	258 600	266 100
- lapsen eläkkeet	28 430	28 740	29 080	29 530	29 630	29 340	29 250	29 340	28 880	28 900	28 900
VI PERHE JA LAPSET											
Perheet ja lapset -menot sekä niistä tärkeimmät											
Perhe- ja lapset menot, milj.mkk	17 118	19 268	20 445	20 086	23 441	23 307	22 448	22 808	23 400	23 700	23 900
Toimeentuloturva	9 930	11 538	13 106	12 838	16 204	15 549	13 924	13 874	14 000	13 900	14 000
- vanhempainpv.rahat	3 314	3 585	3 774	3 416	3 130	3 016	2 773	2 733	2 700	2 800	2 800
- lasten kotihoidon tuki (sis. kuntien omat)	2 234	2 650	3 212	3 229	3 274	3 053	2 042	2 076	2 200	2 200	2 150
- lapsilisät	4 094	4 791	5 549	5 539	9 101	8 768	8 398	8 384	8 350	8 300	8 250
Palvelut (netto)	7 188	7 730	7 339	7 248	7 237	7 758	8 524	8 934	9 400	9 800	9 900
- päivähoito	5 872	6 292	5 895	5 553	5 527	5 946	6 589	6 894	7 200	7 500	7 500

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
Vanhempainpäivärahan saajia 31.12.											
- äidit	54 910	56 320	57 660	57 070	55 210	53 340	51 570	49 870	48 430	48 400	48 200
- isät	1 300	1 870	1 850	2 050	2 210	1 930	2 210	2 030	2 190	2 200	2 200
Lasten kotihoidon tukea saaneita perheitä 31.12.	81 210	85 210	92 570	95 820	95 380	84 480	73 980	75 490	74 360	72 000	71 500
Lapsia kunnallisessa päivähoidossa 31.12.	200 200	195 500	182 300	174 300	180 800	189 900	217 300	219 700	218 500	220 000	218 000

VII TYÖTTÖMYYS

Työttömyysmenot ja niistä tärkeimmät

Työttömyysmenot, milj. mk	7 723	12 724	20 973	26 611	26 892	25 093	25 099	24 143	21 600	20 300	19 600
Toimeentuloturva	6 559	11 398	19 388	25 047	25 095	25 549	23 186	22 111	19 800	18 700	18 100
- peruspäiväraha	860	2 321	4 464	5 789	5 133	2 703	939	818	600	550	500
- ansiopäiväraha	2 231	5 698	10 897	15 177	14 855	13 001	12 958	11 847	9 460	8 500	8 300
- työmarkkinatuki	0	0	0	0	1 307	4 089	5 327	5 117	5 360	5 400	5 100
- työttömyyseläkkeet	2 644	2 481	2 329	2 313	2 373	2 432	2 397	2 683	3 000	3 000	3 200
- koulutustuki	739	671	1 142	1 274	1 108	1 130	1 308	1 327	1 130	900	800
Palvelut	1 164	1 326	1 585	1 564	1 797	1 544	1 913	2 032	1 800	1 600	1 500
- työvoimapol. aikuiskoulutus	703	778	1 040	1 026	1 217	937	1 283	1 381	1 100	900	800

Työttömyysaste

Työttömyysaste, %	3,1	6,8	11,7	16	16,6	15,4	14,6	12,7	11,4	10,3	9,3
Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä, %	3	3	8	18	27	30	30	30	30	33	33

Työttömyyspäivärahan saajat

Ansiopäivärahapäivät henkilövuosina	46 340	101 910	190 020	272 120	275 790	240 650	235 880	213 780	169 450	146 200	137 400
Peruspäivärahapäivät henkilövuosina	32 810	78 290	144 390	188 930	167 470	87 110	30 450	26 800	19 920	17 600	16 800
Työmarkkinatukipäivät henkilövuosina	0	0	0	0	45 980	133 970	181 660	176 530	181 970	184 100	166 800

Työttömyyseläkkeet

Työttömyyseläkkeen saajat 31.12.	55 490	47 780	43 720	42 790	42 960	39 150	41 410	44 860	49 400	49 400	51 000
----------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
VIII ASUMINEN											
Yleisen asumistuen menot, milj. mk	957	1 280	1 862	1 900	2 444	2 623	2 299	2 169	2 615	2 900	2 800
Yleisen asumistuen saajat 31.12. (kotitaloudet)	110 490	146 270	192 830	182 370	227 560	213 820	191 880	184 640	205 600	204 200	185 000
IX MUUT											
Muut menot ja niistä tärkeimmät											
Menot, milj. mk	2 387	3 142	3 571	3 457	3 515	3 658	4 220	4 443	3 900	3 650	3 650
Toimeentuloturva	1 238	1 745	2 127	2 375	2 467	2 614	3 072	3 213	2 700	2 400	2 350
- toimeentulotuki (netto)	1 085	1 413	1 665	2 005	2 308	2 493	2 906	3 039	2 600	2 300	2 200
Palvelut (netto)	1 149	1 397	1 444	1 082	1 048	1 044	1 148	1 230	1 200	1 250	1 300
- päihdehuolto	448	505	403	362	387	408	437	452	420	430	450
Toimeentulotuki											
Tukea saaneet kotitaloudet vuoden aikana	181 600	222 700	258 900	292 600	329 400	339 000	349 600	344 700	313 400	294 200	280 400
Tuen keskimääräinen kesto, kk	3,9	3,9	3,9	4,3	4,8	5,1	5,4	5,6	5,7	5,8	5,8
Alkoholi, tupakka, huumeet											
Päivittäin tupakoivat 15-64 v., %											
- miehet	33	33	33	29	29	28	28	30	30		
- naiset	20	21	21	19	19	19	19	20	20		
Alkoholin kulutus, l/asukas											
- tilastoitu	7,7	7,4	7,2	6,8	6,6	6,7	6,7	6,9	7,1		
- tilastoimaton	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	2,1	2,1	2,0	1,9		
- yhteensä	8,9	8,7	8,5	8,2	8,0	8,8	8,8	8,9	9,0		
Huumausainerikokset	2 500	2 500	3 300	4 000	5 700	9 100	7 900	8 300	9 500	11 500	

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
X VÄESTÖN TOIMEENTULO											
Tulot											
Käytettävissä olevat tulot henkeä kohti, mk, v. 1999 hintoihin	64 200	64 800	63 100	59 100	57 100	61 700	61 300	64 000	67 300	70 000	
Tuloerot											
(Gini-kerroin, mitä suurempi luku sitä suuremmat tuloerot, 1990 = 100 kullakin tulokäsitteellä)											
Tuotannontekijätulot (ansiotulot + omaisuustulot)	100	102	108	115	117	117	118	119			
Bruttotulot (tuotannontekijätulot + saadut tulonsiirrot)	100	98	99	102	101	104	106	110			
Käytettävissä olevat tulot (bruttotulot - välittömät verot)	100	100	99	102	101	105	108	114			
Käytettävissä olevat reaalitytulot, 1990=100 kussakin ryhmässä											
Yksinhuoltajat	100	104	97	91	91	98	99	97			
Pari, nuorin lapsi alle 7-vuotias	100	101	96	94	92	94	95	100			
Pari, nuorin lapsi 7-17-vuotias	100	100	93	92	93	95	96	102			
Vanhustaloudet (yli 65- vuotias)	100	109	109	110	108	111	114	117			
Pari, ei lapsia (alle 65-vuotias)	100	100	94	93	92	94	97	103			
Yhden hengen talous (alle 65 vuotias)	100	98	93	94	91	91	94	98			
Muut	100	102	97	95	95	98	100	105			

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*	1999**	2000**
XI SOSIAALINEN TURVATTOMUUS											
Suhteellinen köyhyysaste											
(Osuus väestöstä, jotka kotitalouksissa, joiden käytettävissä olevat tulot alle 50 % kaikkien talouksien mediaanitulosta)											
Köyhyysaste	2,5	2,9	2,6	2,4	2,2	2,4	2,9	3,0			
Itsemurhat, tapaturmiin kuolleet ja väkivaltarikokset											
(Keskiväkiluvun 100 000 henkeä kohti; väkivaltarikoksiin luettu murhat, tapot ja pahoinpitelyt)											
Itsemurhat	30,3	29,8	28,8	27,6	27,3	27,2	24,3	25,7			
Tapaturmiin kuolleet	56,5	55,7	53,7	50,8	50,8	51,8	50,3	53,1			
Väkivaltarikokset	3,2	3,1	3,4	3,3	3,2	2,9	3,3	2,8			
Avioerot ja abortit											
(Avioerot keskiväkiluvun tuhatta naimisissa olevaa naista kohti; Raskauden keskeytykset tuhatta 15-49-vuotiasta naista kohti)											
Avioerot	12,6	12,3	12,5	12,4	13,4	13,9	13,6	13,4	13,8		
Lailliset raskauden keskeytykset	9,7	9,3	8,7	8,1	7,9	7,8	8,3	8,2	8,7	8,9	
Lasten ja nuorten huostaanotot sekä sijoitukset kodin ulkopuolelle											
Kodin ulkopuolelle sijoitetut											
- yhteensä	..	8 720	9 410	9 670	10 210	10 700	11 120	11 760	12 130		
- niistä huostaanotot	..	6 203	6 382	6 393	6 403	6 478	6 474	6 803	7 144		
Avohuollon piirissä lapsia ja nuoria											
- yhteensä	24 690	27 820	30 690	33 270	35 810	38 630		
Elatustuen saajat											
Elatustukea saaneet lapset	73 090	78 730	85 580	92 590	98 480	103 100	106 810	107 900	107 720	107 350	107 000

*) ennakkotieto

**) ennuste

Lähteet: Sosiaali- ja terveysministeriö

Tilastokeskus

SOTKA-tietokanta

Stakes

Eläketurvakeskus

Kansaneläkelaitos

